SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NORDESTINA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – CNPJ: 11.235.617. 0001-02

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica à Saúde

Nordestina-Ba
2015

Wilson Araújo Matos
Prefeito Municipal

Fabiana Freire Ribeiro
Secretária Municipal da Saúde

Adilson Carvalho dos Santos
Assessor Técnico

Moisés Silva Almeida
Coordenador da Atenção básica

Elba Suellen Amorim de Gois
Coordenadora de Vigilância Epidemiológica

Nivaldo de Jesus Souza Filho
Coordenador de Vigilância Sanitária

Kelcya Arapiraca Cunha
Coordenadora de Atenção Farmacêutica

Fred Lued Fair
Coordenador de Saúde Bucal

Edianne Mateus de Souza
Coordenadora de Enfermagem do HMOA

Erivaldo Carvalho
Diretor Clínico do HMOA

COLABORADORES

Adilson Carvalho
Ívylla Oliveira Almeida
Laís Lorrane Duarte
Lucrécia Bispo Lima
Moisés Silva Almeida
Renata Emmanuelle F. dos Santos
Rosiane Rodrigues Alves Coelho
Paula Vanessa Carneiro de Goes

Não basta saber,
é preciso também aplicar,
Não basta querer,
é preciso também fazer".

Goethe

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **3**
ACOLHIMENTO/RECEPÇÃO **5**
VISITA DOMICILIÁRIA **7**
EDUCAÇÃO PERMANENTE **9**
CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO **10**
SALA DE VACINA **15**
ROTINAS NA SALA DE VACINAÇÃO 17
SALA DE PROCEDIMENTOS **19**
AFERIÇÃO DA TEMPERATURA 19
AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL 19
RETIRADA DE PONTOS 21
NEBULIZAÇÃO 22
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO INTRAMUSCULAR - IM 22
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO INTRAVENOSO - IV 24
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO SUBCUTÂNEO - SC 24
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA ORAL - VO 26
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO INTRADÉRMICO - ID 26
CURATIVOS EM FERIDAS 27
TRIAGEM NEONATAL 28
ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER **30**
ASSISTÊNCIA EM PLANEJAMENTO FAMILIAR 30
ASSISTÊNCIA À PRÉ-CONCEPÇÃO 32
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DOS CÂNCERES DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA, COLETA E ANÁLISE DE EXAME CITOPATOLÓGICO E MAMOGRAFIA 33
PRÉ-NATAL 36
CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PUERPERAL 44
ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA **45**
ATENÇÃO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO A SAÚDE DO ADOLESCENTE **58**
ATENÇÃO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E ABORDAGEM SINDRÔMICA **59**
ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA TUBERCULOSE **67**
AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA HANSENÍASE **72**
DIABETES MELLITUS **75**
CONTROLE DA HIPERTENSÃO **79**
ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA **83**
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS DOENÇAS INFECTOPARASITÁRIAS **97**
CONSIDERAÇÃOES FINAIS **100**
REFERÊNCIAS **101**

APRESENTAÇÃO

A atividade do cuidar, além de complexa, exige confiabilidade à assistência prestada por meio de procedimentos seguros, o que torna a construção de protocolos imprescindível para a execução das ações nas quais a enfermagem está envolvida.

Muitas pessoas contribuíram na construção desse protocolo de atendimento na atenção básica, as melhores contribuições foram dos Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Nordestina e das equipes da Estratégia de Saúde da Família, profissionais comprometidos com o fazer melhor na atenção básica.

Agradeço a todos esses colaboradores, os quais me ajudaram consideravelmente e tornaram possível com a riqueza de suas opiniões e idéias para formatação final desse trabalho.

Esse protocolo tem a intenção de ajudar aos profissionais de saúde a entenderem a importância da atenção básica com foco da organização do sistema à saúde, ao considerar a Atenção Básica como porta de entrada no sistema de serviços de saúde, lócus de atenção aos pacientes e a população nos vários ciclos da vida, do nascer ao morrer.

Compreender a importância da atenção básica dentro do sistema de saúde possibilita-nos dimensionar a complexidade da mesma e o quanto deve adequar-se as mudanças que vem ocorrendo ao longo da história, seja a partir da transição epidemiológica, do reconhecimento das disparidades entre as populações socialmente favorecidas e as socialmente desfavorecidas.

Enfim, esse protocolo tem uma importância impar para a organização da atenção básica, portanto espera-se que o objetivo primordial seja alcançado que é uma atenção básica de alta qualidade e o avanço no aumento da resolutividade.

Este trabalho tem o intuito de ampliar o conhecimento sobre os procedimentos de enfermagem, assegurando, assim, uma assistência qualificada e com o devido respaldo técnico e cientifico amparado por um instrumento norteador, aprovado pelo Conselho Municipal e Secretaria de Saúde de Nordestina-Ba.

O principal objetivo deste trabalho é promover a segurança da assistência em Enfermagem aos usuários da Atenção Básica e prover aos profissionais de enfermagem instrumento que norteie sua prática com embasamento científico e ético necessário para que atuem com autonomia e proporcionem ao usuário do sistema municipal de saúde uma atenção de qualidade.

O Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica a Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Nordestina encontra-se em conformidade com o previsto no decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987 que regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre o exercício Profissional de Enfermagem, bem como com as atribuições do Enfermeiro nos termos da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.488 de 21 de outubro de 2012, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica.

A melhoria da qualidade da Atenção à Saúde da população é a principal missão das Unidades Básica do município de Nordestina. Todo investimento deve ser feito para proporcionar aos usuários a melhoria do acesso, a garantia da equidade, à continuidade da integralidade, conforme os princípios do SUS.

A proposta deste instrumento é alinhar orientações administrativas e técnicas de relevância, como subsídio para a eficácia do processo de trabalho dos profissionais/trabalhadores de saúde na Atenção Básica. Ressaltamos a importância de sistematizar técnicas e procedimentos em consonância com princípios científicos na perspectiva do aprimoramento da tecnologia do cuidado e para a segurança do usuário.

A tecnologia do cuidado envolve, além de saberes e habilidades, a escuta, o acolhimento e o estabelecimento de vínculos. A prática dos profissionais de saúde exige a observância da legislação profissional, a execução de técnicas corretas e seguras centradas no atendimento das necessidades dos clientes.

O conteúdo deste protocolo norteia as principais ações dos profissionais de Enfermagem no desenvolvimento atividades na atenção básica, apresenta normas de trabalho e o modo de fazer de

forma correta com base nos princípios científicos. Os capítulos foram desenvolvidos com a preocupação de priorizar referências já reconhecidas, através de Leis e Portarias que subsidiam e regulamentam o exercício profissional, além de manuais técnicos expedidos pelo Ministério da Saúde e Conselhos Regionais de Enfermagem.

É com satisfação que a equipe técnica da Secretaria Municipal da Saúde de Nordestina, construiu de forma conjunta esse protocolo e disponibiliza a todos os profissionais/trabalhadores da Atenção Primária.

Fica o compromisso de rever e atualizá-lo periodicamente de acordo com as necessidades da rede, conforme novas portarias e notas técnicas divulgadas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde da Bahia.

Este protocolo tem como objetivo fornecer subsídios técnicos para que os profissionais de enfermagem possam:

- ✓ Promover a segurança da assistência em Enfermagem aos usuários da Atenção Básica e Reorganizar o processo de trabalho da equipe;
- ✓ Qualificar o atendimento de enfermagem;
- ✓ Intensificar a capacidade de resolução dos problemas de saúde pela equipe de enfermagem;
- ✓ Valorizar o trabalho de equipe de enfermagem;
- ✓ Ampliar o acesso do usuário nos diferentes níveis de atendimento com eficiência.

Para a elaboração desse protocolo de Enfermagem na Atenção Básica do município de Nordestina, contamos com a colaboração indispensável dos técnicos da Secretaria Municipal da Saúde e Profissionais das Equipes da Estratégia de Saúde da Família.

A elaboração seguiu por passos que estão descriminados a seguir: 1º - distribuição das principais atividades desenvolvidas nas unidades básicas para cada Enfermeiro, de acordo com o domínio do assunto e vivência profissional. 2º - levantamento bibliográfico de material técnico e cientifico de cada tema, com vistas à fundamentação do referido protocolo. Essa busca foi realizada em portarias, notas técnicas, informativos do Ministério da Saúde e Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, livros e periódicos.

O 3º passo foi o agrupamento em um único documento, o material elaborado pela equipe das Unidades de Saúde da Família, que posteriormente foi apresentado a todo grupo para discussão e alterações que fossem necessárias.

Por fim o 4º passo foi à formatação e apresentação final e encaminhamento para apresentação e aprovação no Conselho e Secretaria Municipal de Saúde.

ACOLHIMENTO/RECEPÇÃO

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não têm local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.
A classificação de risco é um dispositivo da PNH, uma ferramenta de organização da "fila de espera" no serviço de saúde, para que aqueles usuários que precisam mais sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada. Os usuários que têm sinais de maior gravidade, aqueles que têm maior risco de agravamento do seu quadro clínico, maior sofrimento, maior vulnerabilidade e que estão mais frágeis.
A Humanização coloca para todos os atores das instituições de saúde o desafio de repercutir os princípios do SUS nas práticas concretas dos serviços, nas formas de organizar e fazer a gestão dos processos de trabalho para o cuidado fortemente inclusivo, equânime, que vincule pessoas as pessoas. Requer a participação ativa e compartilhada de usuários, trabalhadores e gestores para a produção de territórios saudáveis.
“Acolhimento inclui a recepção do usuário, desde sua chegada, ouvindo suas queixas, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário” (Brasil, 2004).
Triagem caracteriza uma ação pontual, focada no evento clínico (na queixa-clínica), limitando-se à divisão: quem não deverá ser atendido x quem deverá ser atendido. O foco está na doença, e, neste caso, a coordenação do cuidado, a vinculação e a responsabilização das equipes pelo acompanhamento contínuo do usuário nos diferentes momentos do processo saúde-doença.
Objetivos:

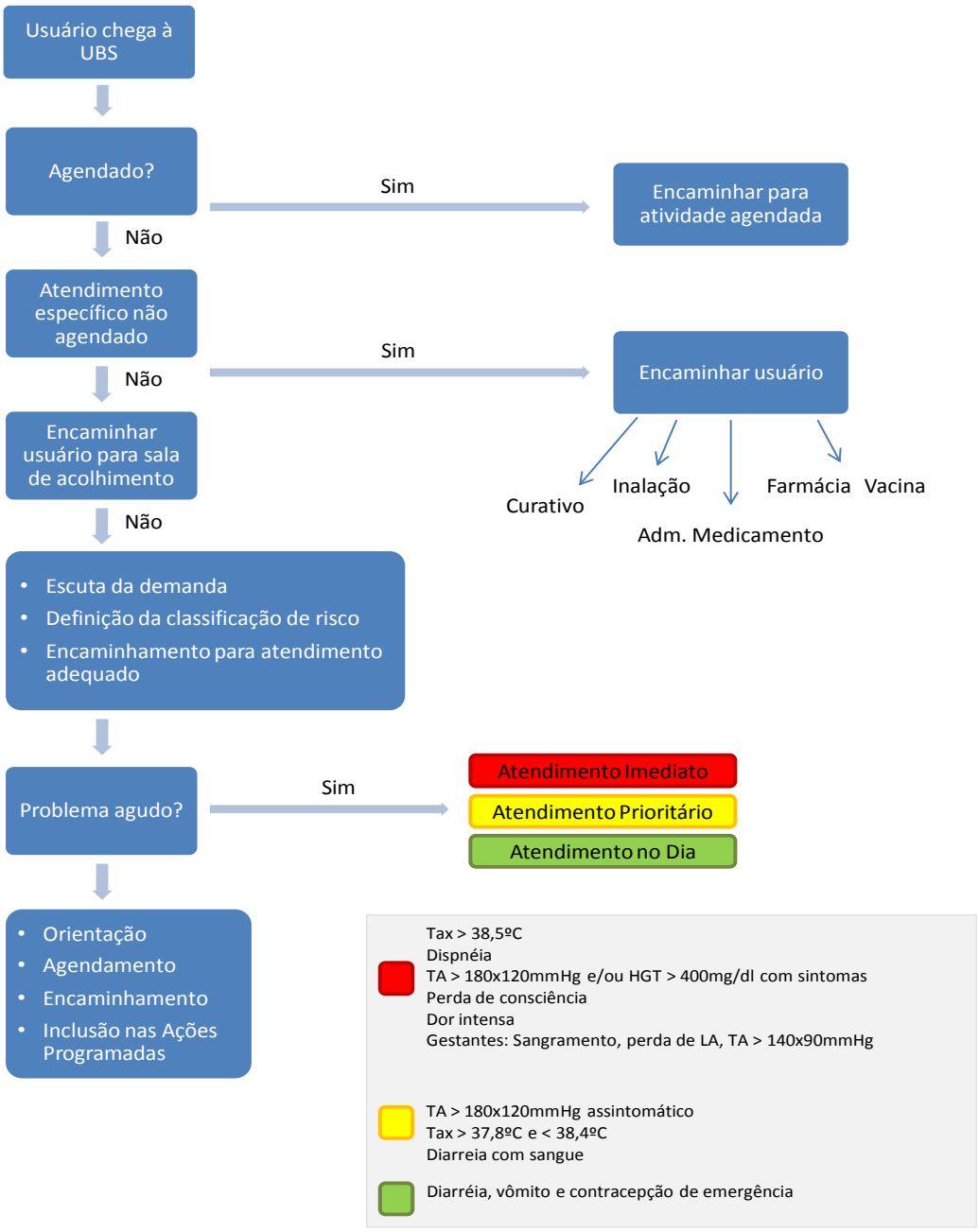
- Garantir acesso, avaliação e cuidado resolutivos;
- Organizar o atendimento à demanda não-programada (demanda espontânea) definindo prioridades por meio de critérios clínicos, e não por ordem de chegada ou vaga na agenda;
- Avaliar queixas clínicas mais freqüentes, comuns, presentes no cotidiano dos serviços, e o atendimento a situações de urgência menores na Atenção Primária;
- Desenvolver a escuta qualificada e o atendimento humanizado, centrado na pessoa e na família;
- Coordenar a agenda de modo a garantir o acesso qualificado e equânime para demanda programada e a para a demanda não-programada (demanda espontânea).

SALA DE ESPERA

Como trabalhamos hoje a sala de espera? Os usuários são acompanhados na espera? Recebem informações sobre o tempo de espera, os profissionais, organização do atendimento? São reavaliados enquanto esperam ou recebem algum cuidado, se necessário? Este espaço deve ser potencializado como área de atuação técnica.

Produzir novas formas de encontro entre profissionais e usuários constitui uma das principais razões do processo de humanização, transversal em todos os momentos do cuidado. Com objetivos de reduzir e controlar ansiedade; Aproximar usuário e equipe, fortalecer a comunicação; humanizar e ampliar o foco do cuidado; Os usuários devem ser informados e atualizados sobre todas as atividades oferecidas na Unidade e sobre os fluxos de atendimento;A organização do Acolhimento pode ser trabalhada com os usuários; Algumas ações e atividades do Programa de Práticas integrativas podem ser desenvolvidas na gestão da espera, bem como ações preventivas e de promoção da saúde, individual e coletiva.

FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO



VISITA DOMICILIÁRIA

A Visita Domiciliária (VD) é uma prática voltada ao atendimento ao indivíduo, a família e a comunidade. É uma ação de interação e aproximação entre a equipe de saúde e o foco (indivíduo, família e/ou comunidade). A realização da Visita Domiciliária é um processo dinâmico, pois, a cada visita, são identificadas novas situações, que alteram e/ou complementam as outras existentes e que apontam para novas reavaliações e intervenções.

O planejamento para execução e avaliação das VD(s) deve acontecer em caráter MULTIDISCIPLINAR. A realimentação, para a equipe, o registro dos dados encontrados, a organização das intervenções proveniente das VD(s), resulta em maior qualidade e efetividade, se estes passos forem executados em equipe respeitando as inserções técnicas multidisciplinares.

A VD PODE SER REALIZADA PARA ATENDER VÁRIOS OBJETIVOS:

- Prestar cuidados de enfermagem;
- Orientar cuidados aos cuidadores;
- Para investigação epidemiológica;
- Para buscar adesão do cliente ao tratamento;
- Para busca ativa;
- Para orientação e encaminhamento a outros recursos da comunidade;
- Para incentivar o envolvimento e participação em programas em favor da comunidade; entre outros.
- Execução do procedimento: Auxiliar, Técnico de Enfermagem e Enfermeiro

MATERIAIS: INSUMOS E RECURSOS

- Prontuário
- Material de escritório
- Insumos e recursos conforme a necessidade específica da VD, como: VD para acamado, VD para investigação epidemiológica, VD para realização de atendimento em feridas, VD para acompanhamento de TB, VD para acompanhamento familiar de rotina e para qualquer situação que demande resolubilidade no âmbito domiciliar.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA DE VD:

- Planejamento
- Execução
- Registro de dados
- Avaliação do processo

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Identificar a necessidade da visita domiciliária
- Planejar de acordo com a necessidade identificada
- Na chegada ao domicílio, o profissional deve identificar-se e expressar de maneira informal, mas com clareza o objetivo da visita:

- Diga o seu nome, qual é o seu trabalho, a importância do seu trabalho, o motivo da sua visita e, principalmente, se pode ser recebido naquele momento;

- 4. Escolher um bom horário. Definir o tempo de duração da visita é recomendável
- 5. Levar as informações sobre a família a ser visitado, tratar pelo nome é uma demonstração de interesse;
- 6. O relacionamento com a família deve ser cordial evitando os extremos da formalidade e da intimidade no contato com os clientes;
- 7. Realizar a observação sistematizada da dinâmica da família ,- Sempre valorize suas crenças, seu modo de ser, seus problemas e seus sentimentos, esta é uma forma de conquistar confiança;
- 8. Caso a VD demande procedimento de enfermagem:

- Contatar antecipadamente o cliente;
- Preparar o material necessário;

- 9. Na VD o profissional tem muitas oportunidades de ensinar. É um momento onde, mediante os dados coletados, a educação em saúde pode ser realizada.
- 10. Registrar a atividade e os procedimentos executados no prontuário e boletim de produção.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO:

- Prontuário
- Material de escritório
- Insumos e recursos conforme a necessidade específica da VD, como: VD para consulta de acamado, investigação epidemiológica, atendimentos em feridas (curativos), acompanhamento de TB e hanseníase e etc.
- Caso a VD demande procedimento de enfermagem:

- Contatar antecipadamente o cliente;
- Preparar o material necessário;

- 5. Registrar a atividade e os procedimentos executados no prontuário e boletim de produção.

EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA

A Lei 8080/90, aponta como premente a organização de processos educativos para se implantar e implementar o SUS. O processo educativo busca desenvolver os profissionais individualmente, bem como potencializá-los para o trabalho em equipe, para atingir seu principal objetivo que é a melhoria da qualidade da assistência prestada aos indivíduos e coletividades.

EDUCAÇÃO PERMANENTE é o conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do funcionário, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetivamente e eficazmente na sua vida institucional. EDUCAÇÃO CONTINUADA está voltada para melhorar ou atualizar a capacidade do indivíduo, em função das necessidades dele próprio e da instituição em que trabalha.

Para cada procedimento de desenvolvimento técnico realizado na unidade por um membro da equipe, devera ser registrada a atividade.

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Missão - Fornecer material seguramente processado garantindo que os parâmetros pré-estabelecidos para o reprocessamento (materiais seguramente limpos, desinfetados/esterilizados, livres de endotoxinas e outros pirógenos e de substâncias tóxicas utilizadas no processamento) foram atingidos e que são reproduzíveis, conferindo segurança na prática utilizada.

Recomenda-se que todo o produto para saúde utilizado na Unidade de Saúde seja processado na Central de Material e Esterilização – CME, independente do seu destino final.

CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Central de material esterilizado - unidade destinada à recepção, limpeza, descontaminação, inspeção, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais utilizados nas diversas unidades de um estabelecimento de saúde.

A classificação de áreas críticas, semi-crítica e não crítica é feita de acordo com o risco de aquisição de infecção por clientes e profissionais. Este risco é determinado pelo volume de matéria orgânica presente no ambiente, o grau de susceptibilidade do indivíduo e o tipo de procedimento realizado.

Considerando que os procedimentos realizados em Unidade Básica de Saúde – UBS e Ambulatórios são de baixa invasão as áreas podem ser classificadas como áreas semi-críticas e áreas não críticas.

Áreas críticas:

- ✓ Centro de Material e Esterilização – CME (área de expurgo preparo e esterilização).
- ✓ Sala de curativos
- ✓ Sala de vacinas.
- ✓ Sala de coleta de exames de laboratório (Papanicolau).
- ✓ Consultório odontológico.
- ✓ Sala para realização de procedimentos
- ✓ Sanitários

Áreas semi-críticas:

- ✓ Consultórios
- ✓ Sala de inalação
- ✓ Sala de medicação

Áreas não críticas:

- ✓ Administração
- ✓ Almoxarifado
- ✓ Sala de reunião

Considerando a CME área crítica, é indicada a frequência diária da limpeza e sempre que necessário, recomenda-se a utilização de desinfetante no piso do expurgo. Deve-se dar ênfase à frequência aumentada de limpeza das superfícies mais tocadas, como por ex: bancadas de trabalho, maçanetas.

SALA DE EXPURGO

Esta área é um espaço fisicamente definido para recepção, separação e lavagem de produtos para saúde. A organização do expurgo visa o adequado processamento dos referidos artigos.

Materiais necessários para uso diário:

1. EPI (s):
   - ✓ Avental impermeável longo,
   - ✓ Luva grossa de cano longo e luva de procedimento,
   - ✓ Máscara,
   - ✓ Óculos protetores,
   - ✓ Gorro
   - ✓ Sapatos fechados.
2. Soluções:
   - ✓ Detergente enzimático,
   - ✓ Desinfetante ácido peracético ou hipoclorito de sódio e, Álcool a 70% específico para superfície.
3. Escovas de cerdas macias, escovas tipo degermação da pele, escovas tipo dental e, esponjas não abrasivas.
4. Recipientes plásticos com tampas para cada tipo de solução.
5. Falso tecido descartável ou papel absorvente que não solte partículas.
6. Saco plástico de lixo branco (até 20 litros)

CUIDADOS DIÁRIOS COM A SALA:

1. Checar os insumos necessários para o trabalho diário de lavagem e desinfecção dos produtos para saúde da unidade;
2. Manter as janelas teladas abertas para ventilação do ambiente;
3. Separar os produtos para saúde por tipo: instrumental, material de plástico e borracha;
4. Organizar a bancada ao término de cada plantão, guardar todos os produtos utilizados na rotina de limpeza e desinfecção;
5. Manter a sala limpa e organizada;
6. Antes de retirar as luvas, lavar as mãos enluvadas; secar e guardar;
7. Retirar os EPI(s) na sala e mantê-los limpos em local apropriado para secagem;

Obs. Limpar as superfícies fixas (mesas, bancadas) com água e sabão liquido, na seqüência passar álcool a 70%.

SALA DE PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

Os produtos para saúde são encaminhados pela área técnica que os utilizam à área de preparo para serem inspecionados quanto à integridade, limpeza e funcionalidade, em seguida embalados, esterilizados, estocados e distribuídos.

Materiais necessários para uso diário:

1. Papel grau cirúrgico ou crepado, ou manta de polipropileno
2. Tesoura
3. Indicador químico classe 1 (fita adesiva "zebrada") ou embalagem impregnada ou rótulo impregnado
4. Indicador químico a partir da classe 4, para monitorar as condições específicas do ciclo de esterilização
5. Indicador: biológico
6. Cadernos de registros dos controles de esterilização
7. Carimbo de identificação do profissional.

Cuidados diários com a sala:

Técnica de Preparo dos produtos para saúde:

1. Higienizar as mãos
2. Colocar luvas de procedimento
3. Inspecionar o produto quanto a integridade, limpeza e funcionalidade
4. Colocar no pacote o indicador químico
5. Embalar com invólucro recomendado
6. Lacrar
7. Identificar no lacre (fita adesiva): nome do produto, data e nome do profissional que preparou (responsável pelo material = considerar especificidade)

Esterilização dos produtos para saúde:

1. Colocar na autoclave os produtos para saúde;
2. Dispor os pacotes dentro da câmara, deixando espaço entre eles para facilitar a circulação do vapor e drenagem do ar e do vapor;
3. Ordenar os pacotes mais pesados em baixo;
4. Utilizar até 70% da capacidade da câmara da autoclave, deixando as paredes da câmara livres sem apoiar os pacotes;

5. Colocar o indicador biológico em, no mínimo, 2 posições estratégicas - fundo e frente próximo ao dreno, mas dependendo do tamanho da autoclave de usar em outras posições

6. Ligar o aparelho conforme instruções do fabricante, fixadas em local de fácil acesso;

7. Aguardar o ciclo de esterilização, observando se a temperatura e pressão corretas foram atingidas;

8. Ao termino do ciclo e, após o manômetro ter indicado ausência total de pressão, entreabrir a porta por 10 minutos para a saída do vapor;

9. Higienizar as mãos;

10. Verificar a integridade, ausência de umidade e manchas nos pacotes;

11. Não colocar os pacotes quentes em superfícies frias, para evitar a condensação do vapor que ainda resta dentro deles.

12. Checar a autoclave quanto ao funcionamento elétrico e reservatório de água, proceder diariamente à limpeza da câmara interna e externa da autoclave com água e detergente, removendo o resíduo do detergente com pano umedecido com água;

13. Manter a sala limpa e organizada.

TÉCNICA DE ARMAZENAMENTO DOS PRODUTOS PARA SAÚDE:

Técnica de utilização de produto esterilizado;

1. Higienizar as mãos;

2. Manusear pacotes esterilizados com cuidado, evitando compressão ou manipulação excessiva;

3. Verificar a embalagem quanto às condições de integridade: não apresentar umidade, manchas, sujidade, selagem inadequada ou rompida, fissuras, rasgos, perfurações, dobras ou amassamentos. Pacotes cuja embalagem não estiver íntegra devem ser considerados contaminados, não utilizados e encaminhados para reesterilização;

4. Verificar as condições do indicador químico externo: Se a fita zebrada não estiver completamente revelada, não utilizar e encaminhar para a reesterilização;

5. Abrir a embalagem com técnica asséptica, utilizando o lado apropriado para abertura da dobra, conforme o tipo de fechamento que o pacote apresentar. Não rasgar ou utilizar tesoura para abertura de pacotes estéreis;

6. Remover o produto com técnica asséptica evitando contaminá-lo com as mãos ou com a face externa do pacote ou se o produto for ser transferido para um campo estéril, utilizar técnica asséptica de transferência, impedindo o contato das mãos ou da face externa do pacote no campo estéril;

Obs.: O prazo de validade dos materiais esterilizados deste manual é o indicado pelo Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde - MS (1994).

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- ✓ Usar EPI para iniciar a limpeza do instrumental;
- ✓ Manipular o material cuidadosamente evitando batidas ou quedas;
- ✓ Separar as pinças de pontas traumáticas e lavar separadamente, evitando acidentes; Imergir o instrumental aberto na solução de água e detergente (conforme orientação do fabricante), para remoção dos resíduos de matéria orgânica;
- ✓ Observar para que o instrumental mais pesado e maior fique sob os pequenos e leves;
- ✓ Lavar o instrumental peça por peça, cuidadosamente com escova, realizando movimentos no sentido das serrilhas. Dar atenção especial para as articulações serrilhas e cremalheiras;
- ✓ Dar atenção especial para as articulações serrilhas e cremalheiras;Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações;
- ✓ Enxugar as peças com compressa ou pano macio e limpo, em toda a sua extensão, dando especial atenção para as articulações, serrilhas e cremalheiras;
- ✓ Confeccionar os pacotes conforme a técnica do envelope;
- ✓ Identificar os pacotes colocando no rótulo:Sigla da Unidade; Nome do pacote de acordo com a padronização;Data da esterilização (será preenchido quando for esterilizado)
- ✓ Validade (será preenchido quando for esterilizado);
- ✓ Assinatura legível do funcionário que preparou o pacote;
- ✓ Controlar o funcionamento das autoclaves, registrando todos os parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido;
- ✓ Complementar o rótulo do material anotando a data da esterilização, validade e o número do lote;
- ✓ Montar a carga de acordo com as orientações básicas;
- ✓ Evitar que o material encoste-se às paredes da câmara;
- ✓ Deixar espaço entre um pacote e outro para permitir a penetração do vapor;
- ✓ Posicionar os pacotes pesados na parte inferior da autoclave;
- ✓ Utilizar no máximo 85% da capacidade da autoclave;
- ✓ Colocar nas autoclaves os pacotes com os testes biológicos no primeiro ciclo diariamente;
- ✓ Entreabrir a porta da autoclave ao final do ciclo de esterilização e aguardar 15 minutos para retirar o material;
- ✓ Após o esfriamento dos pacotes, encaminhá-los ao Arsenal;
- ✓ Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvidas na execução das atividades;

SALA DE VACINA

O planejamento é básico para o desenvolvimento de qualquer ação ou serviço, permitindo à sistematização e a coordenação do processo de trabalho, a racionalização dos recursos disponíveis, a definição de estratégias e a avaliação dos serviços, com a conseqüente tomada de decisões e redefinição de rumos, caso necessário. Quando realizado a partir do nível local, o planejamento oferece condições para a realidade e avaliar caminhos que possam resolver efetivamente os problemas enfrentados pelos executores das ações.

O Programa Municipal de Imunização (PMI) segue as diretrizes do Programa Nacional de Imunização (PNI) e possui etapas dinâmicas e de grande complexidade, como a rede de frio, logística dos imunobiológicos e insumos, além da definição de estratégias para implementar e operacionalizar as atividades de imunização.

Compete ao PMI a coordenação, planejamento, execução e supervisão das ações de imunização, incluindo as estratégias especiais, tais como campanhas e vacinações de bloqueio, além da investigação e conduta dos Eventos Adversos temporalmente associados à vacinação e dos Procedimentos Inadequados relacionados com a administração dos imunobiológicos.

A execução da atividade de vacinação na Unidade Básica de Saúde é realizada pela equipe de enfermagem, que deve ser composta por enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem em número suficiente para atender a demanda das estratégias de vacinação de rotina, campanhas e bloqueios vacinais; com treinamento em rede de frio, administração de imunobiológicos, conforme o Calendário Nacional de Vacinação vigente e registro dos dados administrativos.

Início do Trabalho Diário:

Antes de iniciar as atividades diárias a equipe deve:

a) Verificar e anotar no Mapa de Registro Diário de Temperatura, as temperaturas máxima, mínima e do momento do refrigerador para conservação de Vacinas;

b) Realizar higienização das superfícies e bancadas de trabalho;

c) Fazer a ambientação do gelox;

d) Verificar o estoque, prazo de validade dos imunobiológico dispondo-os de maneira que, os que estiverem com o prazo de validade mais próximo do vencimento fiquem logo na frente para serem utilizados;

e) Retirar do compartimento de estoque a quantidade de vacinas e respectivos diluentes e acondicioná-los na caixa de uso diário para que sejam utilizados durante a jornada de trabalho;

f) Fazer anotação no Mapa SI-PNI, à medida que os imunobiológico forem sendo utilizados;

1. É 1º ATENDIMENTO?

Verificar se o cliente está comparecendo à sala de vacinação pela primeira vez ou se é retorno (pois, o mesmo pode já possuir a caderneta de vacinação)

2. Se for o1º ATENDIMENTO, fornecer (se não tiver) documento de registro de vacinação (Caderneta de Saúde da Criança ou Caderneta de Vacinação do Adulto)

3. RETORNO Verificar no arquivo a Ficha de Registro de Vacinas e/ou SI-PNI;

4. JUNTO AO CLIENTE Obter informações a respeito do estado de saúde do cliente a ser vacinado, evitando falsas contraindicações e orientar a importância da vacinação, esquema vacinal, retornos e possíveis EAPVS.

5. ANOTAÇÕES:

1. Fazer o registro do lote, validade e vacina a ser administrada:
2. Mapa de Registro de Doses – aplicadas de vacinas – SI-API
3. Caderneta de Saúde da Criança ou Caderneta de Vacina do Adulto, carimbando e datando;
4. Ficha de Registro da Vacina ou SIGA
5. Mapa de Registro de Doses
6. Agendar retorno

6. ADMINISTRÇÃO DO IMUNOBIOLÓGICO:

1. Verificar qual vacina será administrado de acordo com o Calendário Vacinal vigente;
2. Orientar o cliente quanto ao procedimento a ser realizado;
3. Lavar as mãos com água e sabonete líquido;
4. Examinar o produto observando aspecto da solução, estado da embalagem, prazo de validade, número do lote, dose e via de administração preconizada;
5. Preparar e administrar a vacina;
6. Observar a ocorrência de possíveis reações imediatas;
7. Desprezar o material descartável na caixa de material perfuro cortante;
8. Reforçar as orientações;
9. Rubricar o documento de registro (Caderneta de Saúde da Criança ou Caderneta de Vacina do Adulto), Conferindo o agendamento do retorno;
10. Lavar as mãos com água e sabonete líquido.

Encerramento do Trabalho Diário:

Ao final do dia:

a- Desprezar os frascos de vacina que ultrapassaram o prazo para uso estabelecido após a abertura do frasco, para posterior processamento;

b- Verificar e anotar no Mapa de Registro Diário de Temperatura, a temperatura máxima, mínima e do momento do refrigerador de Conservação de Vacinas;

c- Guardar no compartimento de estoque as vacinas que ainda podem ser utilizadas;

d- Guardar todo material;

e- Avaliar estoque das vacinas e se necessário fazer solicitação de grade de complementação.

Busca de Faltosos: A busca de faltosos pode ser feita semanalmente ou quinzenalmente, de acordo com a dinâmica do serviço de saúde, podendo ser adotadas as seguintes estratégias:

Fazer visita domiciliar/Contato telefônico

ROTINAS NA SALA DE VACINAÇÃO

1. Verificar as temperaturas: máxima, mínima e do momento do refrigerador e do ambiente no início das atividades de vacinação (logo que chegar à sala de vacina);

2. Registro no mapa de temperaturas, observando se as mesmas se encontram entre +2 a + 8 ° C e se apresentou no período alguma alteração;

3. Ambientalizar os gelox, colocar nas caixas térmicas mantendo na temperatura ideal, entre + 2 a + 8 °C;

4. Fazer a arrumação das vacinas para atender a demanda do dia separando as mesmas no mínimo em duas caixas térmicas;

5. Monitorar a temperatura do interior da caixa térmica através de termômetro de cabo extensor, durante os turnos de trabalho;

6. Trocar os gelox se necessário, conforme a temperatura do ambiente;

7. Manter o refrigerador 20 cm afastado da parede, 40 cm entre outros equipamentos, distante de fonte de calor, sem incidência direta de luz solar e em tomada exclusiva para cada refrigerador;

8. Manter o refrigerador de uso exclusivo para imunobiológicos;

9. Garantir uma boa arrumação do refrigerador para conservar melhor os imunobiológicos:

- Dispor gelox no condensador, preenchendo todo espaço;
- Manter o bulbo do termômetro na prateleira central do refrigerador;
- Dispor as vacinas: VOP, FA, SCR e TETRA VIRAL na 1ª prateleira;
- Na 2ª prateleira colocar as demais Vacinas;
- Colocar na 3ª prateleira os soros, imunoglobulinas e diluentes;
- Manter o refrigerador com a gaveta de verduras sem a tampa e com 6 a 8 garrafas tampadas contendo água e corante.
- Não colocar nenhum produto na porta do refrigerador;
- As vacinas deverão estar acondicionadas em bandejas (porta talheres) não vazadas.
- Arrumar as vacinas de forma que utilize primeiro as de vencimento mais próximo;
- Verificar sempre se a porta do refrigerador está com boa vedação (fazer teste do papel).

10. Ao final do dia de trabalho verificar novamente as temperaturas do refrigerador e anotar no mapa de controle diário.

11. Toda vez que abrir o refrigerador tanto para leitura das temperaturas ou retirada de vacinas, lembrem de ressetar (zerar) o termômetro.

12. Ao final de cada mês substituir o mapa de controle de temperatura do refrigerador, arquivando o anterior;

13. Proceder ao desgelo do refrigerador a cada 15 dias, ou antes, conforme a camada de gelo produzida.

14. Para proceder à limpeza do refrigerador: colocar as vacinas em caixa térmicas com gelox, com temperatura entre + 2 a + 8° C. Após a limpeza recolocar o termômetro e aguardar a estabilização da temperatura do refrigerador em níveis ideais (+2 +8º C), só depois reorganizar o refrigerador.

15. Em caso de falta de energia tomar as providências necessárias como:

. Verificar a temperatura logo que perceber a falha na refrigeração, anotando o horário os valores encontrados;

. Para os imunobiológicos considerados sob suspeita, preencher relatório específico e encaminhá-lo ao nível hierárquico superior, mantendo os mesmos identificados “sob suspeita” e no refrigerador, nas respectivas prateleiras e aguardar o resultado da avaliação.

16. A cada aplicação de vacina fazer anotações no cartão com: nº do lote, data da aplicação e assinatura do vacinador.

SALA DE PROCEDIMENTOS

AFERIÇÃO DA TEMPERATURA:

- ✓ Lavar as mãos ou friccionar em álcool se mãos previamente limpas;
- ✓ Desinfetar o termômetro com o auxílio de algodão embebido em álcool etílico a 70%;
- ✓ Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado; Observar se a axila do paciente está seca, caso contrário, secá-la com papel toalha;
- ✓ Posicionar o bulbo do termômetro no centro da axila, sem tocá-lo; Segurar o braço do paciente transversalmente sobre o tórax; Aguardar de 03 a 05 minutos se o termômetro for de mercúrio; Caso o termômetro for digital, aguardar até que o mesmo apite;
- ✓ Proceder à leitura; Realizar a desinfecção do termômetro;
- ✓ Registrar em prontuário do paciente, assinando e carimbando e na produção do profissional.

Valores de Referência Temperatura:

- Hipotermia: abaixo de 36ºC;
- Normotermia: 36ºC a 36,8ºC;
- Febrícula: 36,9ºC a 37,4ºC;
- Estado Febril: 37,5ºC a 38ºc;
- Febre: 38ºC a 39ºC;
- Hipertermia: 39,1ºC a 40ºC.

AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL:

Posicionar o Esfigmomanômetro no antebraço:

1. Realizar consulta de enfermagem: avaliação, classificação da ferida e prescrição de cobertura adequada conforme protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e do Pé Diabético;
2. Encaminhar o cliente para avaliação médica (clínico) para determinar a etiologia da lesão ou em caso de intercorrências;
3. Solicitar, quando necessário, exames laboratoriais - conforme padronizado no protocolo;
4. Prescrever, quando indicado, as coberturas para curativo das lesões - conforme padronizado no protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e do Pé Diabético;
5. Executar o curativo;
6. Evoluir (descrever) a ferida - preencher a Ficha de Evolução;
7. Capacitar e supervisionar a equipe de enfermagem nos procedimentos de curativo;
8. Fazer a previsão e controle de consumo das coberturas para realização dos curativos;
9. Organizar e manter a sala de curativo em condições adequadas para o atendimento;

10. Receber o cliente acomodando-o em posição confortável e que permita ao profissional boa visualização da lesão;
11. Executar o curativo conforme prescrição do enfermeiro ou médico e sempre sob a supervisão do enfermeiro;
12. Orientar o cliente quanto à data do retorno, cuidados específicos e gerais;
13. Proceder à limpeza do instrumental se necessário;
14. Fazer a desinfecção de superfície;
15. Orientar o cliente quanto ao procedimento a ser executado no primeiro atendimento explicar ao cliente a técnica do curativo;
16. Realizar anotação de enfermagem conforme protocolo;
17. Realizar anotação do material utilizado;

Descrição

1. Lavar as mãos – sempre utilizar a técnica recomendada
2. Reunir o material e levá-lo próximo ao cliente;
3. Explicar ao cliente o que será realizado;
4. Garantir a privacidade do cliente;
5. Colocar o cliente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
6. Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
7. Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril;
8. Abrir a embalagem do SF a 0,9% (morno) e colocá-la sobre o campo estéril;
9. Calçar as luvas
10. Perfurar na parte superior do frasco do SF a 0,9% com agulha 40x12;
11. Umedecer o micropore com SF a 0,9% para facilitar a retirada da cobertura secundária;
12. Remover o curativo primário;
13. Desprezar essas luvas;
14. Calçar novas luvas;
15. Realizar a limpeza da ferida;
- Conforme protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e do Pé Diabético
16. Aplicar a cobertura apropriada para o tipo de tecido da lesão;
17. Ocluir a ferida com gaze estéril, chumaço ou compressa (cobertura secundária) e fixar com esparadrapo, micropore ou atadura de crepe, quando necessário;
18. Retirar as luvas;
19. Lavar as mãos;

20. Anotar na ficha de enfermagem (evolução diária).
21. Orientar retorno do cliente, se necessário.

RETIRADA DE PONTOS

Consiste nos cuidados durante o procedimento de retirada de fios, colocados para aproximar as bordas de uma lesão.

Materiais:

1. Tesoura de Íris
2. Gazes (estéril)
3. Pinça Kelly ou anatômica ou dente de rato ou Kocker (pacote de retirada de pontos)
4. Luvas de Procedimento
5. Soro Fisiológico 0,9%
6. Avental

PROCEDIMENTO

1. Orientar o cliente sobre o procedimento;
2. Lavar as mãos
3. Preparar o material (Abrir pacote de retirada de pinto usando técnica asséptica e colocar o cabo das pinças voltadas para a borda proximal do campo)
4. Lavar as mãos
5. Expor a área
6. Realizar antissepsia do local de retirada dos pontos (Umedecer a gaze com SF 0,9% promovendo a limpeza do local, a partir da incisão cirúrgica (área menos contaminada); se a ferida estiver limpa, deverá ser iniciada a limpeza no sentido de dentro para fora);
7. Segurar com a mão dominante o ponto cirúrgico, cortando-o com a mão não dominante
8. Tracionar o ponto pelo nó e cortá-lo, com a tesoura de Íris, em um dos lados junto à pele;
9. Colocar os pontos, já cortados, sobre uma gaze e desprezá-los na bandeja auxiliar ou saco de lixo leitoso;
10. Fazer leve compressão no local com gaze seca
11. Desprezar o material utilizado em local apropriado
12. Retirar EPI e lavar as mãos
13. Registrar o procedimento no prontuário

NEBULIZAÇÃO

MATERIAL NECESSÁRIO

- ✓ Bandeja;
- ✓ Inalador;
- ✓ Aparelho de Nebulização ou Circuito de Oxigênio;
- ✓ SF 0,9%;
- ✓ Medicamento prescrito;
- ✓ Fluxômetro.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- ✓ .Lavar as mãos;
- ✓ Orientar o paciente sobre o procedimento;
- ✓ Conferir a prescrição e reunir todo o material e levar até ao paciente;
- ✓ Aferir a frequência cardíaca antes, durante e após o tratamento e proceder com a devida anotação(se uso de broncodilatador);
- ✓ Colocar o SF 0,9% no reservatório do inalador e medicação, conforme prescrição médica;
- ✓ 4 Colocar o paciente sentado ou em posição de “Semi - Fowler” (maior expansão diafragmática);
- ✓ Montar o sistema e conectar o inalador a rede de oxigênio ou ar comprimido através do fluxômetro;
- ✓ Regular o fluxo de oxigênio de acordo com a prescrição através do fluxômetro (3 a 4 litros por minuto);
- ✓ Colocar a máscara sobre a face do paciente delicadamente e orientá-lo a respirar tranquilamente;
- ✓ Manter a nebulização/inalação durante o tempo indicado e observar o paciente;
- ✓ Anotar o procedimento, reações do paciente e as características das secreções eliminadas;
- ✓ Providenciar a limpeza e desinfecção dos materiais utilizados;
- ✓ Higienizar as mãos;

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO INTRAMUSCULAR - IM

MATERIAL NECESSÁRIO

- ✓ Prescrição médica;
- ✓ Bandeja;
- ✓ Medicamento prescrito;
- ✓ Seringa;
- ✓ Agulha 40x12 para preparo;
- ✓ Agulha 20x5,5 / 27x7 / 25x6 / 25x7 ou 30x7 para administração;
- ✓ Luva de Procedimento;
- ✓ Algodão;
- ✓ Álcool 70%;

PREPARO

- ✓ Lavar as mãos conforme a técnica;
- ✓ Verificar os 5 certos:
- ✓ Paciente certo; medicamento certo; dosagem certa; via certa; Hora certa.
- ✓ Evitar distração, diminuindo o risco de erro;
  Evitar distração, diminuindo o risco de erro;
- ✓ Preparar o medicamento na bancada com boa iluminação;

- ✓ Realizar o preparo somente quando tiver certeza do medicamento prescrito, dose e via de administração;
- ✓ Observar a técnica asséptica no preparo da medicação;
- ✓ Colocar a agulha na seringa com cuidado, para não contaminar a agulha, o êmbolo, a parte interna do corpo da seringa e sua ponta;
- ✓ Desinfetar as ampolas com algodão embebido em álcool 70% e no caso de frasco-ampola levantar a tampa metálica e desinfetar a borracha;
- ✓ Proteger os dedos com algodão embebido em álcool 70% ao destacar o gargalo da ampola ou retirar a tampa metálica;
- ✓ Aspirar a solução da ampola para a seringa com a agulha 40x12 (no caso de frasco-ampola introduzir o diluente e homogeneizar o pó com o liquido sem sacudir);
- ✓ Trocar a agulha 40x12 e colocar a agulha adequada;

Calibres de Agulhas para Aplicação

CALIBRE DA AGULHA	LOCAL	CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE
30 x 7 mm	Ventroglúteo Dorsoglúteo	Paciente adulto Homens com peso entre 60 a 118 kg Mulheres com peso entre 60 a 90 kg
25 x 7 mm	Deltóide Vasto lateral da coxa	Paciente adulto Mulheres com peso superior a 90 kg
20 x 6 mm	Vasto lateral da coxa	Criança – a avaliação clínica e importante para a tomada de decisão.

- ✓ Proteger a agulha com o protetor próprio e o embolo da seringa com o próprio invólucro;
- ✓ Utilizar bandeja de medicação devidamente limpa e desinfetada com álcool 70%;
- ✓ Deixar o local de preparo de medicações limpo e em ordem, utilizando álcool a 70% para desinfetar a bancada;

ADMINISTRAÇÃO

- ✓ Esclarecer ao paciente sobre a medicação que irá receber, quando lúcido;
- ✓ Calçar luvas de procedimentos;
- ✓ Escolher local da administração;
- ✓ Fazer antissepsia da pele com algodão/ álcool 70%;
- ✓ Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar;
- ✓ Posicionar seringa com o bisel voltado para o lado;
- ✓ Introduzir a agulha com ângulo 90º em relação ao local escolhido para a aplicação, de acordo com a agulha adequada para a musculatura e idade do paciente;
- ✓ Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento);
- ✓ Injetar o líquido lentamente;
- ✓ Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme;
- ✓ Fazer leve compressão no local;
- ✓ Desprezar o material perfuro-cortante em recipiente apropriado (caixa resíduo perfuro-cortante);
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Efetuar a checagem da medicação administrada, com a hora da realização;

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO INTRAVENOSO - IV

MATERIAL NECESSÁRIO

- ✓ Prescrição médica;
- ✓ Bandeja;
- ✓ Medicamento prescrito;
- ✓ Seringa;
- ✓ Agulha conforme a indicação;
- ✓ Cateter Venoso ou Dispositivo para punção venosa;
- ✓ Luva de Procedimento;
- ✓ Algodão;
- ✓ Álcool 70%;

PREPARO

- ✓ Lavar as mãos conforme a técnica; Verificar o período de validade, alterações no seu aspecto;
- ✓ Ler e conferir o rótulo do medicamento e verificar a integridade dos invólucros; Evitar distração, diminuindo o risco de erro;
- ✓ Preparar o medicamento na bancada com boa iluminação;
- ✓ Realizar o preparo somente quando tiver certeza dos 5 certos:
- ✓ Paciente certo;
  - Medicamento certo;
  - Dosagem certa;
  - Via certa;
  - Hora certa.

ADMINISTRAÇÃO

- ✓ Esclarecer ao paciente sobre a medicação que irá receber, quando lúcido;
- ✓ Calçar luvas de procedimentos;
- ✓ Selecionar veia de grande calibre para punção;
- ✓ Garrotear mais ou menos 4 dedos acima do local escolhido;
- ✓ Realizar antissepsia do local escolhido;
- ✓ Puncionar a veia, com o bisel do dispositivo posicionado para cima, a fim de evitar transfixação;
- ✓ Observar se há retorno venoso;
- ✓ Soltar o garrote;
- ✓ Fixar o dispositivo, para evitar que perca o acesso venoso;
- ✓ Retirar a agulha 40x12 e conectar a seringa ao dispositivo;
- ✓ Administrar a medicação lentamente, observando o retorno venoso, o paciente e as reações apresentadas;
- ✓ Retirar o dispositivo juntamente com a seringa e pressionar o algodão no local da punção;
- ✓ Efetuar a checagem da medicação administrada, com a hora da realização, o local da punção, o calibre do dispositivo ou cateter utilizado, as reações do paciente antes, durante e após a administração do medicamento.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO SUBCUTÂNEO - SC

MATERIAL NECESSÁRIO

- ✓ Prescrição médica;
- ✓ Bandeja;
- ✓ Medicamento prescrito;
- ✓ Seringa de 5 ou de 10 ml para diluição;
- ✓ Seringa de 3 ml para aplicação
- ✓ Agulha 28x7 ou 25x8 para aspirar se for insulina usa-se a própria agulha;

- ✓ Agulha 13x4,5 para administração;
- ✓ Luva de Procedimento;
- ✓ Algodão;
- ✓ Álcool 70%.

PREPARO

- ✓ Lavar as mãos conforme a técnica;
- ✓ Verificar o período de validade, alterações no seu aspecto;
- ✓ Ler e conferir o rótulo do medicamento e verificar a integridade dos invólucros;
- ✓ Evitar distração, diminuindo o risco de erro;
- ✓ Preparar o medicamento na bancada com boa iluminação;
- ✓ Realizar o preparo somente quando tiver certeza dos 5 certos:

Paciente certo; - Medicamento certo; - Dosagem certa; - Via certa; - Hora certa.

- ✓ Observar no preparo de medicamento a dose correta, técnica asséptica e diluição;
- ✓ Colocar a agulha na seringa com cuidado, evitando contaminar a agulha, o êmbolo, a parte interna do corpo da seringa e sua ponta;
- ✓ Desinfetar as ampolas com algodão embebido em álcool 70% e no caso de frasco-ampola levantar a tampa metálica e desinfetar a borracha;
- ✓ Proteger os dedos com algodão embebido em álcool 70% ao destacar o gargalo da ampola ou retirar a tampa metálica;
- ✓ Aspirar à solução da ampola para a seringa com a agulha 28x7 ou 25x8 (no caso de frasco-ampola introduzir o diluente e homogeneizar o pó com o liquido sem sacudir); Trocar a agulha 28x7 ou 25x8 que foi utilizada para preparar e colocar a agulha 13x4,5;
- ✓ Proteger a agulha com o protetor próprio e o embolo da seringa com o próprio
- ✓ invólucro;
- ✓ As medicações devem ser administradas sob prescrição médica, mas em casos de emergência é aceitável fazê-las sob ordem verbal. As medicações usadas devem ser prescritas pelo médico e checadas pelo profissional de enfermagem que fez as aplicações;
- ✓ Utilizar bandeja de medicação devidamente limpa e desinfetada com álcool 70%;
- ✓ Deixar o local de preparo de medicações limpo e em ordem, utilizando álcool a 70% para desinfetar a bancada;

ADMINISTRAÇÃO

- ✓ Esclarecer ao paciente sobre a medicação que irá receber, quando lúcido;
- ✓ Calçar luvas de procedimentos;
- ✓ Escolher local da administração;
- ✓ Fazer antissepsia da pele com algodão/ álcool;
- ✓ Fazer uma prega no local de aplicação, utilizando o dedo indicador e o polegar;
- ✓ Posicionar seringa com o bisel voltado para o lado;
- ✓ Introduzir a agulha no subcutâneo fazendo um ângulo de 90º;
- ✓ Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar agulha
- ✓ do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento);
- ✓ Injetar o líquido lentamente;
- ✓ Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme;
- ✓ Fazer leve compressão no local;
- ✓ Desprezar o material perfuro-cortante em recipiente apropriado (caixa resíduo
- ✓ perfuro-cortante);
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Efetuar a checagem da medicação administrada, com a hora da realização e o local

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA ORAL - VO

MATERIAL NECESSÁRIO

- ✓ Prescrição médica;
- ✓ Copo Descartável;
- ✓ Bandeja;
- ✓ Medicamento prescrito;

PREPARO

- ✓ Checar prescrição: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e apresentação;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Explicar o procedimento ao paciente;
- ✓ Separar a medicação evitando tocar as mãos nos comprimidos;
- ✓ Colocar os medicamentos em copo descartável;
- ✓ Em caso de líquido – agitar o frasco e colocar a dose prescrita com auxílio do copo graduado, ou conta gotas;
- ✓ Oferecer a medicação;
- ✓ Certificar-se que o medicamento foi deglutido;
- ✓ Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar;
- ✓ Anotar na planilha de produção;
- ✓ Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO INTRADÉRMICO - ID

MATERIAL NECESSÁRIO

Prescrição médica;

- ✓ Bandeja;
- ✓ Medicamento prescrito;
- ✓ Seringa de 5 ml para diluição;
- ✓ Seringa de 1 ml para aplicação;
- ✓ Agulha 25x7 ou 25x8 para preparo;
- ✓ Agulha 13x4,5 ou 10x5 para administração;
- ✓ Luva de Procedimento;
- ✓ Algodão;

PREPARO

- ✓ Lavar as mãos conforme a técnica;
- ✓ Verificar o período de validade, alterações no seu aspecto;
- ✓ Ler e conferir o rótulo do medicamento e verificar a integridade dos invólucros;
- ✓ Evitar distração, diminuindo o risco de erro;
- ✓ Preparar o medicamento na bancada com boa iluminação;
- ✓ Realizar o preparo somente quando tiver certeza do medicamento prescrito, dose e via de administração;
- ✓ Observar no preparo de medicamento a dose correta, técnica asséptica e diluição;
- ✓ Colocar a agulha na seringa com cuidado, evitando contaminar a agulha, o êmbolo, a parte interna do corpo da seringa e sua ponta;
- ✓ Desinfetar as ampolas com algodão embebido em álcool 70% e no caso de frasco-ampola levantar a tampa metálica e desinfetar a borracha;

- ✓ Proteger os dedos com algodão embebido em álcool 70% ao destacar o gargalo da ampola ou retirar a tampa metálica;
- ✓ Aspirar à solução da ampola para a seringa com a agulha 25x7 ou 25x8(no caso de frasco-ampola introduzir o diluente e homogeneizar o pó com o liquido sem sacudir); Trocar a agulha 25x7 ou 25x8 que foi utilizada para preparar e colocar a agulha 13x4,5 ou 10x5; Proteger a agulha com o protetor próprio e o embolo da seringa com o próprio invólucro;
- ✓ As medicações devem ser administradas sob prescrição médica, mas em casos de emergência é aceitável fazê-las sob ordem verbal, as medicações usadas devem ser prescritas pelo médico e checadas pelo profissional de enfermagem que fez as aplicações;
- ✓ Utilizar bandeja de medicação devidamente limpo e desinfetado com álcool 70%;
- ✓ Deixar o local de preparo de medicações limpo e em ordem, utilizando álcool a 70% para desinfetar a bancada;

ADMINISTRAÇÃO

- ✓ Esclarecer ao paciente sobre a medicação que irá receber, quando lúcido;
- ✓ Calçar luvas de procedimentos;
- ✓ Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, pouca vascularização, fácil acesso para leitura): a face anterior do antebraço é o local mais utilizado;
- ✓ Fazer a antissepsia da pele com água e sabão caso seja necessário. O álcool 70% não é indicado, para não interferir na reação da droga;
- ✓ Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o indicador;
- ✓ Introduzir a agulha paralelamente à pele (ângulo de 15º), com o bisel voltado para cima, até que o mesmo desapareça;
- ✓ Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo, até introduzir toda a dose;
- ✓ Retirar o polegar da extremidade do êmbolo e a agulha da pele;
- ✓ Não friccionar o local;
- ✓ Desprezar os materiais pérfuro-cortantes em recipiente adequado;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Efetuar a checagem da medicação administrada, com a hora da realização;

CURATIVO EM FERIDAS

MATERIAL NECESSÁRIO

- ✓ Pacote de Instrumental para Curativo;
- ✓ Gaze Estéril;
- ✓ Soro Fisiológico - SF 0,9%;
- ✓ Álcool 70%;
- ✓ Algodão;
- ✓ Luvas de Procedimentos;
- ✓ Máscara Descartável;
- ✓ Fita Adesiva, Esparadrapo ou Fita Microporosa;
- ✓ Pomadas ou cremes desde que prescritos;
- ✓ Coberturas Especiais prescritas;
- ✓ Atadura;
- ✓ Saco Plástico leitoso para descarte do material contaminado;
- ✓ Saco Plástico preto para descarte do restante do material.
- ✓ Saco Plástico preto para descarte do restante do material**.**

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- ✓ Lavar as mãos; Explicar ao paciente o procedimento;Colocar máscara;
- ✓ Calçar luvas de procedimentos;
- ✓ Desinfetar o frasco de soro com o auxílio do algodão e o álcool;
- ✓ Abrir o pacote de curativo em cima da mesa auxiliar;
- ✓ Segurar as pinças pelo verso do campo estéril e colocar os cabos voltados para a borda do campo;
- ✓ Abrir as gazes no campo estéril do pacote de curativos;
- ✓ Remover a fita adesiva com auxílio da pinça dente de rato ao longo do eixo longitudinal da incisão, apoiando com a outra mão para manter afastada a pele da fita;
- ✓ Desprezar o curativo no saco plástico leitoso;
- ✓ Observar a lesão quanto às características das bordas, presença de hiperemia, edema, calor ou dor local, saída de exsudato, integridade dos pontos e também observar o aspecto da
- ✓ pele ao redor da lesão;
- ✓ Separar a pinça dente de rato.
- ✓ Dobrar a gaze com auxílio das pinças Kelly e anatômica;
- ✓ Umedecer a gaze com SF 0,9%;
- ✓ Realizar com auxílio da pinça Kelly a limpeza da incisão cirúrgica em sentido único,
- ✓ utilizando as duas faces da gaze (sem movimentos de vaivém), trocando as gazes sempre que necessário;
- ✓ Limpar as regiões laterais da lesão, retirando as marcas do antigo adesivo;
- ✓ Secar a lesão com gaze em sentido único;
- ✓ Desprezar as gazes utilizadas em saco plástico leitoso;
- ✓ Aplicar curativo secundário para ocluir (gaze estéril, compressas);
- ✓ Fixar com dispositivo disponível (fita adesiva, esparadrapo, fita microporosa ou
- ✓ película transparente).;
- ✓ Retirar as luvas de procedimento;
- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Realizar anotações de enfermagem no prontuário.

TRIAGEM NEONATAL

Ao receber um neonato na unidade, uma das informações a serem colhidas é se foi realizado o “teste do pezinho na maternidade”

Devemos nos atentar aos partos realizados em domicílio ou em outras regiões. Se não foi realizado na Unidade deve colher o mais rápido possível, preferencialmente nos 7 primeiros dias de vida e, não ultrapassando o 30º dia de vida.

O Teste do Pezinho visa o diagnóstico precoce de doenças congênitas com sintomatologia inespecífica ou assintomática no período neonatal. No município de Nordestina são detectadas as seguintes doenças: Fenilcetonúria, Hipotiroidismo congênito, Hemoglobinopatias (dentre elas a doença falciforme), Fibrose cística.

Execução do teste:

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

MATERIAL NECESSÁRIO

- ✓ Luvas de procedimento;
- ✓ Álcool a 70%;
- ✓ Gaze ou algodão;
- ✓ Lanceta própria fornecida pelo NUPAD;
- ✓ Livro de Registro;
- ✓ Cartão específico para a coleta;

- ✓ Envelope específico para colocar o cartão de coleta;
- ✓ Envelope específico para envio ao APAE.

1. Acolher o usuário;
2. Perguntar se foi efetivado o exame em alguma unidade de saúde;
3. Orientar a mãe ou o responsável quanto ao procedimento a ser realizado;
4. Preencher o formulário papel filtro fornecido pela APAE para o exame e registro interno da unidade. Informar corretamente o endereço e telefone de contato, para busca ativa em caso de exame alterado;
5. Não esquecer de anotar o número do CNS da mãe ou da criança;
6. Lavar as mãos;
7. Calçar luvas;
8. Realizar a punção;
9. Registrar em prontuário.
10. Orientar o responsável quanto à retirada do resultado do exame e a importância de apresentar o mesmo na consulta de seguimento da criança.
11. A amostra, depois de seca, deve estar amarronzada. Se muito escurecida indica excesso de sangue e, portanto deve ser desprezada. Neste caso a criança deverá ser localizada para nova coleta.
12. Ao coletar, o papel filtro deve ficar em temperatura ambiente, longe do sol por cerca de 3 horas, uma amostra isolada da outra, na posição horizontal, para manter a distribuição homogênea do sangue.
13. Após secagem, devem ser envoltas em papel alumínio para evitar a umidade.
14. Colocar todas as amostras em um saquinho plástico na geladeira, preferencialmente protegido por um recipiente plástico.
15. O encaminhamento das amostras deve ser feito no máximo em 5 dias para a realização dos testes. Preencher o formulário de encaminhamento fornecido pela APAE onde constará o número do lote e o número total de exames que estão sendo encaminhados. Fazer um memorando endereçado à APAE e encaminhar.
16. Anotar no boletim da produção diária.

PROCEDIMENTO

1. Identifique a área da punção;
2. Massageie o calcanhar do bebê suavemente. Limpe a área a ser puncionada com um algodão embebido em álcool, deixando evaporar o seu excesso;
3. Friccione a perna para produzir uma maior afluência de sangue no pé.
4. Puncione o calcanhar com um só movimento contínuo e firme, num sentido quase perpendicular à superfície da pele.
5. Permita a formação de uma grande gota de sangue.
6. Não faça “ordenha”, pois esta libera plasma do tecido, diluindo o sangue.
7. Encoste a gota no centro do círculo do papel filtro e deixe o sangue preencher completamente o círculo. Observe o verso do papel para ter certeza de que foi impregnado até a parte posterior;
8. Espere uma nova gota e repita o mesmo procedimento até preencher os Demais círculos.
9. Uma vez concluída a coleta de sangue, pressione a área puncionada com um Algodão limpo.

ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER

PLANEJAMENTO FAMILIAR, RASTREAMENTO DOS CÂNCERES DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA

A quem se destina – Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

Objetivo – Padronizar as ações e serviços realizados no âmbito da assistência a saúde da mulher e prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama, bem como normatizar as ações de saúde sexual e reprodutiva nas Unidades Básicas do Município de Nordestina.

Onde se aplica
Unidades de Saúde da Família SEDE, SAMAMBAIA, PICADA, JACU E MARI;
Unidade Básica de Saúde de Nordestina

Técnico de Enfermagem –

- ✓ Acolhimento com escuta ativa da mulher.
- ✓ Aferir e anotar dos dados vitais e antropometria.
- ✓ Encaminhar a paciente até o consultório Médicos/Enfermeiro.
- ✓ Administração de medicamentos e realização de procedimentos de acordo com a prescrição do médico/enfermeiro.
- ✓ Auxiliar o médico/enfermeiro nos procedimentos (se necessário).
- ✓ Realizar atividades educativas na unidade de saúde e quando necessário na comunidade.

Enfermeiro –

- ✓ Realizar ações educativas no âmbito da saúde sexual no âmbito da Unidade de Saúde e quando necessário na comunidade.
- ✓ Acolhimento com escuta ativa da mulher.
- ✓ Realizar consulta de enfermagem – (Histórico/Exame físico; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação e Avaliação).
- ✓ Solicitar Exames e analisar resultados, inclusive mamografia de rastreamento e ultrassonografias, realizar encaminhamentos a outros pontos da Rede de Atenção a Saúde (RAS) e prescrever medicações conforme protocolos e outras normativas técnicas do Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/ Secretaria Municipal de Saúde.
- ✓ Coletar material para exame citopatológico do colo do útero.
- ✓ Prestar assistência integral a saúde da mulher durante o ciclo de vida (infância, adolescência, adulta e climatério).

- ✓ **Condutas gerais:**

Assistência em Planejamento Familiar (Enfermeiro)

- Acolhimento com escuta ativa da mulher;
- Realizar consulta de enfermagem (incluindo exame ginecológico, ensinar o autoexame das mamas).
- Avaliar a vulnerabilidade individual ou do casal para infecção pelo HIV/DST;
- Aconselhar e orientar sobre os diversos métodos contraceptivos disponíveis;
- Orientar sobre disfunções sexuais;

- Orientações sobre prevenção dos cânceres de Colo de útero e de mama;
- Orientar sobre os exames sorológicos para detecção de HIV e outras Doenças de transmissão sexual e solicitar quando necessário e consentido;
- Incentivar a adoção da dupla proteção – uso associado do preservativo, masculino ou feminino, com a pílula.
- Em caso de a mulher optar por métodos comportamentais, orientar como proceder, bem como a probabilidade de gravidez.
- Explicar detalhadamente a técnica adequada de uso do método, levando em consideração os antecedentes e as circunstâncias individuais de cada mulher.
- Prescrever métodos contraceptivos (orais e injetáveis) e preservativos de acordo a necessidade e desejo da paciente, observando os critérios de elegibilidade constante no Caderno de Atenção Básica n. 26 - SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA do Ministério da Saúde;
- Na primeira consulta prescrever anticoncepcional para 30 dias e orientar retorno com 01 mês e em seguida consultas trimestrais.
- Orientar que é absolutamente necessário procurar assistência médica imediata em serviço de emergência ou hospital, quando do aparecimento de sintomas atípicos, tais como aparecimento ou agravamento de cefaleia, com sinais neurológicos; hemorragias; dor abdominal de causa indeterminada; alteração visual de aparecimento súbito.
- Orientar e encaminhar para colocação do DIU;
- Orientar sobre os métodos definitivos de contracepção;
- Prestar assistência integral a mulher vítima de violência com encaminhamento para outros pontos de assistência e informação aos órgãos competentes quando envolver risco de morte ou nos casos de menores de idade e incapazes;
- Proceder a notificação de doenças e de violência no SINAN;

Anticoncepcionais orais apenas de progestogênio - contêm uma dose muito baixa de progestogênio. Eles não contêm estrogênio. Também são conhecidos como minipílulas. São os anticoncepcionais orais mais apropriados para a mulher que amamenta. Porém mulheres que não estão amamentando também podem usá-los. A ausência do componente estrogênico permite sua utilização nas situações em que há contraindicação ao uso desses esteróide, como as doenças cardiovasculares, tabagismo e amamentação. Sua ação é mais pronunciada sobre o endométrio e o muco cervical.

Elegibilidade e modo de uso:

- ✓ Noretisterona 0,35 mg com 35 comprimidos ativos.
- ✓ Levonorgestrel 0,03 mg com 35 comprimidos ativos.
- ✓ Linestrenol 0,5 mg com 28 comprimidos ativos.
- ✓ Desogestrel 75 mcg com 28 comprimidos ativos.

Uso oral, um comprimido diariamente, sempre no mesmo horário.

Anticoncepcionais orais combinados – Contem dois hormônios sintéticos, o estrogênio e o progestogênio, semelhantes aos hormônios produzidos pelos ovários da mulher. Inibem a ovulação e tornam o muco cervical mais espesso. Pode ser monofásica – com dose de esteróide igual em todos os comprimidos, bifásica – contêm dois tipos de comprimidos ativos, com os mesmos hormônios, porém com dosagens diferentes. É recomendável como primeira opção o uso de pílulas combinadas de baixas doses (0,03mg de etinilestradiol).

- ✓ Ciclo 21, Ciclofemme, Microvlar, Nociclin, Triquilar, Neovlar - comprimidos ativos. Um comprimido, via oral, com início no 1º dia do sangramento menstrual (5º dia do ciclo) seguidos de um intervalo de 7 dias, retorno com uma nova cartela no 8º dia.

Anticoncepção de emergência – consiste na utilização de pílulas combinadas ou apenas de progestogênio depois de uma relação sexual desprotegida, para evitar uma gravidez indesejada.

Deve ser usado somente com método de emergência e não de forma regular, substituindo outro método.
A mulher deve tomar as pílulas de anticoncepção de emergência até cinco dias (120 horas) após a relação sexual desprotegida, mas, quanto mais precocemente se administra, maior a proteção.

- ✓ Levonorgestrel 0,75 mg, 02 comprimidos, via oral, de 12/12h.
- ✓ Levonorgestrel 1,5 mg, 01 comprimido, via oral, dose única.

Nos casos de utilização de anticoncepcionais orais combinados (levonorgestrel 0,25mg e 0,05 mg de etinilestradiol, 02 comprimidos, via oral de 12/12h) ou (0,03 mg de etinilestradiol e 0,15 mg de levonorgestrel por comprimido, uso oral, 4 comprimidos a cada 12 horas).

Anticoncepcional injetável combinado mensal - em suas diferentes formulações, contêm um éster de um estrogênio natural, o estradiol e um progestogênio sintético, diferentes dos anticoncepcionais orais onde os dois hormônios são sintéticos. A primeira opção deve recair sobre o anticoncepcional com 5mg de estrogênio.

- ✓ 50 mg de enantato de noretisterona + 5 mg de valerato de estradiol (Mesigyna, Noregyna), Uso intramuscular profundo, no glúteo, com início no primeiro dia da menstruação, intervalo de 30 dias para nova administração (+-3 dias).
- ✓ 25 mg de acetato de medroxiprogesterona + 5 mg de cipionato de estradiol (Cyclofemina) - Uso intramuscular profundo, no glúteo, com início no primeiro dia da menstruação, intervalo de 30 dias para nova administração (+-3 dias).
- ✓ 150 mg de acetofenido de diidroxiprogesterona + 10 mg de enantato de estradiol (Perlutan), Uso intramuscular profundo, no glúteo, de preferência no 8º dia da menstruação).

Anticoncepcional hormonal injetável trimestral - tem como vantagem poder ser usado quando for contraindicado o uso do estrogênio e também a facilidade do seu uso e eficácia. É um progestogênio semelhante ao produzido pelo organismo feminino. Inibe a ovulação e espessa o muco cervical. Pode ser utilizado pela mulher que está amamentando.

- ✓ Acetato de medroxiprogesterona 150mg (Contracep, Depo Provera, Demedrox), via Intramuscular profunda, no glúteo, a cada 90 dias. A primeira dose deve ser administrada no 1ª dia do sangramento menstrual.

Assistência à pré-concepção

- ✓ Orientação sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas licitas ou ilícitas e verificação da necessidade de assistência especializada;
- ✓ Orientação sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis como vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/AIDS), sífilis, gonorreia, clamídia e outras infecções como toxoplasmose, hepatite B;
- ✓ Instituir outras medidas educativas, como a orientação para o registro sistemático das datas das menstruações;
- ✓ Realizar avaliação do estado geral de saúde, exame físico, exame ginecológico completo, avaliação vacinal e solicitação de exames laboratoriais (Sorologia para VDRL, HbsAg, toxoplasmose e HIV);
- ✓ Adequar à situação vacinal (rubéola, tétano e hepatite B) após avaliação pela equipe de saúde;
- ✓ Prescrever ácido fólico 5mg, via oral, 1x/dia, iniciando 60 a 90 dias.

Antes da concepção estendendo ate a 12a semana gestacional, para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural. A prescrição cabe ao profissional medico ou enfermeiro.

Atuação do Enfermeiro na prevenção dos Cânceres de Colo de útero e de mama, coleta e análise de exame citopatológico e mamografia

Condutas Gerais

- ✓ Realizar atividades educativas sobre a importância da realização dos exames de colpocitopatologia e mamografia para detecção precoce dos cânceres de colo de útero e de mama.
- ✓ Estimular na comunidade a realização do exame preventivo, em especial, no público alvo (mulheres de 25 a 64 anos)
- ✓ Estimular a realização de Exame Clínico das Mamas (ECM) a partir de 40 anos de idade e se necessário exame mamográfico. Em mulheres entre 50 e 69 anos ECM anualmente e mamografia a cada dois anos. Mulheres com risco elevado ECM e mamografia anual a partir dos 35 anos.
- ✓ Orientar sobre o não uso de espermicidas, duchas, lubrificantes, pomadas vaginais e exames intravaginais pelo menos 48h antes da realização do exame citopatológico.
- ✓ Acolhimento com escuta ativa da mulher;
- ✓ Aconselhar sobre prevenção de HIV/DST;
- ✓ Explicar o procedimento;
- ✓ Realizar consulta de enfermagem incluindo exame ginecológico: Mamas com inspeção estática observando contorno da mama, ulcerações cutâneas ou do complexo areolopapilar, comparar as mamas observando possíveis assimetrias, diferenças e dinâmica na cor da pele, textura, e padrão de circulação venosa. Deve-se observar possíveis alterações na temperatura da pele e a existência de nódulos. A descrição de nódulos deve incluir informações quanto ao seu tamanho, consistência, contorno, superfície, mobilidade e localização.
- ✓ Pesquisa de descarga papilar - deve ser feita aplicando-se compressão unidigital suave sobre a região areolar, em sentido radial, contornando a papila. A saída da secreção pode ser provocada pela compressão digital de um nódulo ou área de espessamento, que pode estar localizado em qualquer região da mama. A descrição da descarga deve informar se é uni ou bilateral, uni ou multiductal, espontânea ou provocada pela compressão de algum ponto específico, coloração e relação com algum nódulo ou espessamento palpável.
- ✓ Genitália externa com inspeção de vulva e períneo – pólipos, ulcerações, tumorações, condilomas, hiperemia, secreções, cistocele, retrocele, prolapsos, integridade da pele e musculatura perineal rotura;
- ✓ Solicitar USG mamária e mamografia de acordo com a idade e o caso;
- ✓ Solicitar que a mulher esteja com a bexiga vazia;
- ✓ Realizar exame especular – calçar luvas, afastar pequenos lábios, localizar introito vaginal, introduzir especulo (lubrificar com SF 0,9% se necessário), avaliar canal vaginal, e colo do útero (forma, volume, orifício externo, secreções, coloração, presença de pólipos, condilomas e lesões).
- ✓ Visualizar colo do útero e orifício externo, coletar material endorcervical utilizando escova cervical.
- ✓ Coletar material de ectocervice utilizando espátula de ayre em um giro de 360º graus, fazer esfregaço.
- ✓ Realizar toque vaginal - com as mãos enluvadas, utilizar mão dominante, utilizar dedos polegar e mínimo para afastar pequenos e grandes lábios, com o dedo indicador e médio lubrificados, introduzir delicadamente. Explorar musculatura perineal, paredes vaginais, cérvix e os fundos vaginais.
- ✓ Anotar achados.
- ✓ Se necessário solicitar ultrassonografia transvaginal, de abdome total ou Colposcopia.

- ✓ Em caso de sintomatologia ou exame físico conclusivo para Abordagem sindrômica, tratar de acordo com ou protocolo, caso contrário aguardar resultado ou encaminhar para consulta médica.

Conduta frente ao resultado do exame citopatológico do Colo de útero

- ✓ Alterações Celulares Benignas -
  - Inflamação sem identificação de agente – em caso de queixa clínica de leucorreia, tratar de acordo com o protocolo de Abordagem sindrômica;
  - Resultado indicando atrofia com inflamação - Na ausência de atipias, é um achado normal do período climatério e somente demanda atenção ginecológica caso esteja associado a sintomas como secura vaginal e dispareunia, nesse caso, encaminhar para consulta médica para avaliação e prescrição de terapia de reposição hormonal.

NÃO TRATAR:

- Resultado indicando metaplasia escamosa imatura; reparação; radiação e Citolise;
- Resultado indicando achados microbiológicos: Lactobacillussp, Cocos, Outros bacilos - em caso de queixa clínica de leucorreia, tratar de acordo com o protocolo de Abordagem sindromica.

Em todos os casos acima acompanhar na unidade para rotina de rastreamento citológico.

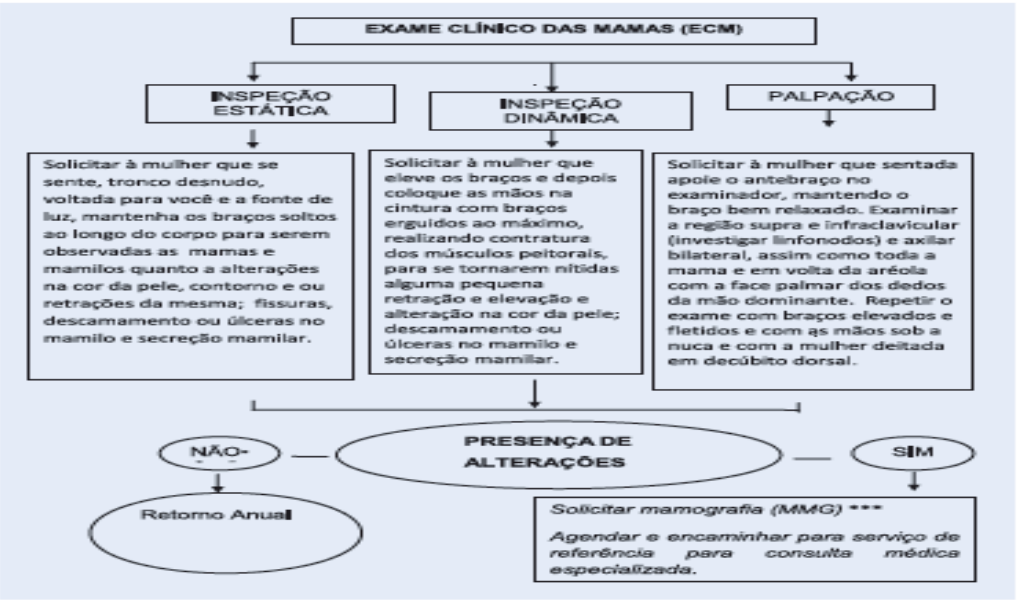
- ✓ **Exame citopatológico anormal**

Recomendações iniciais após resultado de exame citopatológico anormal

Resultados			Grau de suspeição	Conduta
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica	Menor	Repetição da citologia em 6 meses (≥ 30 anos) ou 12 meses (< 30 anos)
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células escamosas	Lesão intraepitelial de baixo grau		Menor	Repetição da citologia em seis meses
	Lesão intraepitelial de alto grau		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Carcinoma epidermoide invasor		Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma *in situ*		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Adenocarcinoma invasor		Maior	Encaminhamento para colposcopia

Fonte: (BRASIL, 2011).

Conduta frente às alterações no ECM e Mamografia


EXAME CLÍNICO DAS MAMAS (ECM)
INSPEÇÃO ESTÁTICA
INSPEÇÃO DINÂMICA
PALPAÇÃO
Solicitar à mulher que se sente, tronco desnudo, voltada para você e a fonte de luz, mantenha os braços soltos ao longo do corpo para serem observadas as mamas e mamilos quanto a alterações na cor da pele, contorno e ou retrações da mesma; fissuras, descamamento ou úlceras no mamilo e secreção mamilar.
Solicitar à mulher que eleve os braços e depois coloque as mãos na cintura com braços erguidos ao máximo, realizando contratura dos músculos peitorais, para se tornarem nítidas alguma pequena retração e elevação e alteração na cor da pele; descamamento ou úlceras no mamilo e secreção mamilar.
Solicitar à mulher que sentada apoie o antebraço no examinador, mantendo o braço bem relaxado. Examinar a região supra e infraclavicular (investigar linfonodos) e axilar bilateral, assim como toda a mama e em volta da aréola com a face palmar dos dedos da mão dominante. Repetir o exame com braços elevados e fletidos e com as mãos sob a nuca e com a mulher deitada em decúbito dorsal.
NÃO
PRESENÇA DE ALTERAÇÕES
SIM
Retorno Anual
Solicitar mamografia (MMG) ***
Agendar e encaminhar para serviço de referência para consulta médica especializada.

- ✓ **Principais alterações no ECM que sugerem investigação imediata diagnóstica em um serviço de referência para o diagnóstico do câncer de mama:**

1. Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo, independente da idade.
2. Nódulo mamário persistente por mais de um ciclo menstrual em mulheres com mais de 3 anos ou presente depois da menopausa.
3. Nódulo mamário em mulheres com história prévia de câncer de mama.
4. Nódulo mamário em mulheres com alto risco para câncer de mama.
5. Alteração unilateral na pele da mama, como eczema, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea ou distorções do mamilo.
6. Descarga papilar sanguinolenta unilateral e espontânea (secreções transparentes ou rosadas também devem ser investigadas).
7. Homens com 50 anos ou mais com massa subareolar unilateral de consistência firme com ou sem distorção de mamilo ou associada a mudanças na pele.

Categorias BI-RADS® no exame mamográfico, interpretação e recomendação de condutas

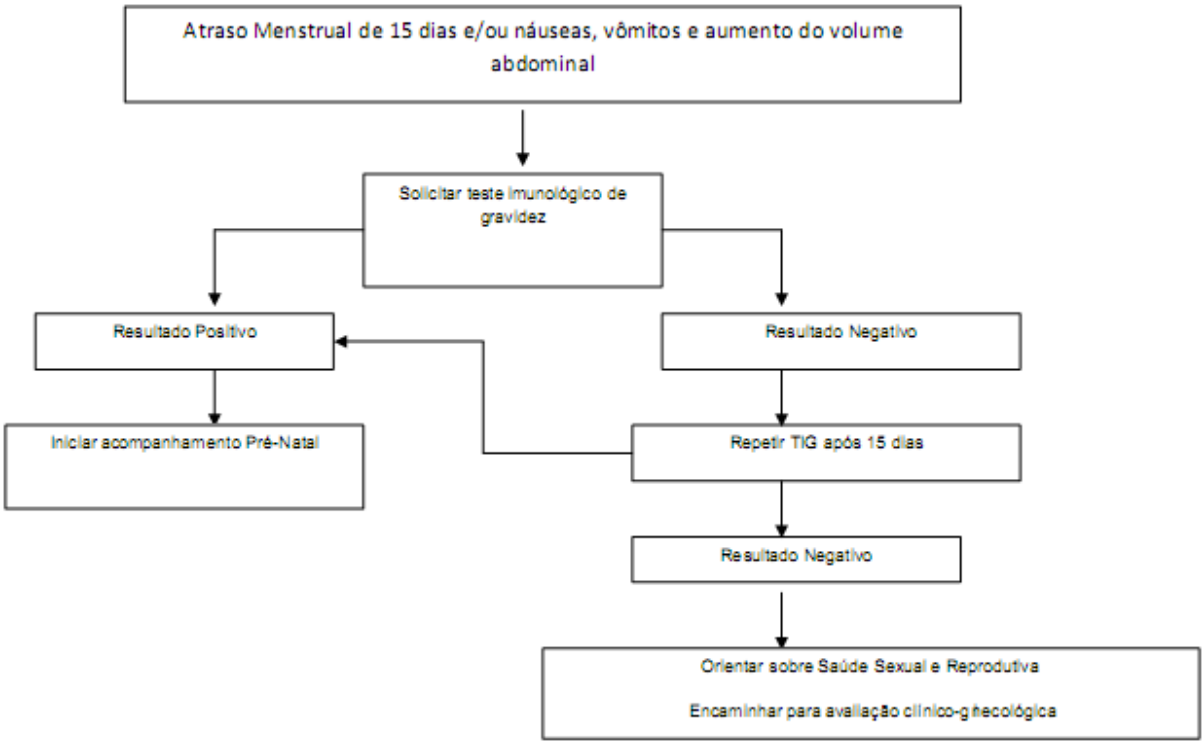
Categoria	Interpretação	Recomendação de conduta
0	Exame incompleto	Avaliação adicional com incidências e manobras; correlação com outros métodos de imagem; comparação com mamografia feita no ano anterior.
1	Exame negativo	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária ou prosseguimento da investigação, se o ECM for alterado.
2	Exame com achado tipicamente benigno	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária.
3	Exame com achado provavelmente benigno	Controle radiológico.*
4	Exame com achado suspeito	Avaliação por exame de cito ou histopatológico.
5	Exame com achado altamente suspeito	
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	Terapêutica específica em Unidade de Tratamento de Câncer.

PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

A quem se destina – Enfermeiros e Técnicos-Auxiliares de Enfermagem;
Objetivo – Padronizar as ações e serviços realizados no âmbito da assistência a mulher durante o ciclo gravídico e puerperal.

Onde se aplica
Unidades de Saúde da Família SEDE, SAMAMBAIA, PICADA, JACU E MARI;
Unidade Básica de Saúde de Nordestina

FLUXOGRAMA DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ


Atraso Menstrual de 15 dias e/ou náuseas, vômitos e aumento do volume abdominal
Solicitar teste imunológico de gravidez
Resultado Positivo
Resultado Negativo
Iniciar acompanhamento Pré-Natal
Repetir TIG após 15 dias
Resultado Negativo
Orientar sobre Saúde Sexual e Reprodutiva
Encaminhar para avaliação clínico-ginecológica

Técnico de Enfermagem –

- ✓ Acolhimento com escuta ativa da mulher.
- ✓ Realizar Teste Imunológico da Gravidez (TIG) de acordo com a solicitação do médico/enfermeiro.
- ✓ Aferir e anotar dados vitais e antropometria.
- ✓ Encaminhar a paciente até o consultório Médicos/Enfermeiro.
- ✓ Administração de medicamentos e realização de procedimentos de acordo com a prescrição do médico/enfermeiro.
- ✓ Auxiliar o médico/enfermeiro nos procedimentos (se necessário).

Enfermeiro –

- ✓ Acolhimento com escuta ativa da mulher.
- ✓ Realizar consulta de enfermagem – (Histórico/Exame físico; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação e Avaliação).
- ✓ Avaliar bem-estar da gestante, estado emocional, vulnerabilidade social, exposição a agentes nocivos, exame cefalo-caudal com ênfase nas alterações do período gravídico e puerperal.
- ✓ Avaliar o bem-estar fetal através da avaliação da apresentação fetal, altura uterina e ausculta dos BCF e movimentos fetais. Proceder à anotação em campo próprio.

- ✓ Solicitar Exames e analisar resultados, realizar encaminhamentos a outros pontos da Rede de Atenção a Saúde (RAS) e prescrever medicações conforme protocolos e outras normativas técnicas do Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/ Secretaria Municipal de Saúde.
- ✓ Fazer Classificação do Risco Gestacional e encaminhamentos necessários.

Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis
✓ Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos
✓ Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse
✓ Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente
✓ Situação conjugal insegura
✓ Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular)
✓ Condições ambientais desfavoráveis
✓ Altura menor que 1,45m
✓ IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade
Fatores relacionados à história reprodutiva anterior
✓ Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado
✓ Macrossomia fetal
✓ Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas
✓ Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos
✓ Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos)
✓ Cirurgia uterina anterior
✓ Três ou mais cesarianas
Fatores relacionados à gravidez atual
✓ Ganho ponderal inadequado
✓ Infecção urinária
✓ Anemia

Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco. BRASIL, 2012. Adaptado.

- ✓ Coletar material para sorologias em papel filtro e encaminhar para o laboratório responsável.
- ✓ Coletar material para exame citopatológico do colo do útero.
- ✓ Prestar assistência pré-natal em parceria com o médico e cirurgião-dentista da unidade, de preferência com consultas alternadas entre médico e enfermeiro.

- ✓ **Exames:**

Teste Imunológico de gravidez TIG ou βHCG (1ª consulta), Tipagem sanguínea com Fato Rh (1ª consulta), Hemograma (1ª consulta e na 28ª semana), Glicemia de jejum (1ª consulta e na 28ª semana), urina tipo 1(1ª consulta e na 28ª semana), urocultura com antibiograma(1ª consulta e na 28ª semana), VDRL(1ª consulta e na 28ª semana), sorologias para toxoplasmose, citomegalovírus, HTLV I e II, HIV I e II(1ª consulta e na 28ª semana), hepatites B e C(1ª consulta), eletroforese de hemoglobina (1ª consulta), citopatologia do colo de útero, parasitológico de fezes(1ª consulta), ultrassonografia transvaginal e obstétrica e, se necessário: teste oral de tolerância a glicose (TTGO 75h 2h, se glicemia de jejum alterada), proteinúria, coombs indireto (se RH da gestante negativo) e Rubéola.

- ✓ **Condutas gerais:**
- Solicitar TIG, βHCG ou USG Transvaginal/Obstétrica para confirmação da gravidez;
- Avaliação dos dados da anamnese, exame físico, exames laboratoriais e proceder às condutas específicas;
- Orientar sobre alimentação e ganho de peso;
- Incentivar o aleitamento materno;
- Prescrição de ácido fólico 5mg/dia e sulfato ferro 40mg/dia para prevenção de anemia;
- Referenciar a gestante para atendimento odontológico;
- Imunização antitetânica quando necessário (não imunização ou imunização não comprovada – iniciar esquema com 2 doses de dT e 3ª dose com DTPa – preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação; esquema incompleto – completar esquema – se faltar 2 doses, administrar 1 dose de DT e uma dose de DTPa; esquema completo há mais de cinco anos – uma dose de reforço com DTPa; esquema completo a menos de cinco anos – uma dose de reforço com DTPa entre a 27ª e 36ª semana gestacional.
- Vacina contra a Hepatite B (a partir do segundo trimestre) nos casos de gestantes não vacinadas ou com vacinação incompleta
- Vacina Influenza.
- ✓ **Condutas frente às intercorrências Clínicas na Gravidez e puerperio**
- *Anemia* – valores de hemoglobina <11g/dl. Na gestação, pode está relacionado ao risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade Peri natal e trabalho de parto pré-maturo. Deve-se orientar a ingestão de alimentos ricos em ferro e suplementação com Sulfato ferroso 40mg/dia e Ácido Fólico 5mg/dia profilático. Nos Casos de Hb<11g/dl o profissional deve proceder da seguinte forma:
    - ✓ Hb <11g/dl e >8g/dl – Sulfato ferroso até 200mg/dia, via oral, 1h antes das refeições. Ingerir junto com sucos cítricos para aumentar a absorção do ferro.
    - ✓ Hb <8g/dl – referir imediatamente para pré-natal de alto risco e atendimento hospitalar.

Solicitar Hemograma para reavaliar níveis de Hb. Nos casos de aumento nos níveis de Hb manter tratamento por 3 meses, se níveis estacionários encaminhar para pré-natal de alto risco.

- *Infecções do trato urinário na gestação* – infecção comum em mulheres jovens. Os micro-organismos envolvidos são aqueles da flora perineal normal, principalmente a E. coli. Outros gram-negativos também respondem pela infecção do trato urinário (Klebsiella, Enterobacter e Proteus além do enterococo do grupo B).
  A bacteriúria assintomática é mais comum, sendo que as infecções sintomáticas podem acometer o trato urinário superior (cistites) ou, ainda, o trato superior (pielonefrite).
  O rastreamento adequado deve ser guiado, sempre que possível pela urocultura, já que em muitos casos o sumário de urina é normal. O tratamento deve sempre que possível ser guiado pelo teste de sensibilidade do antibiograma.
  É recomendado tratamento por um intervalo entre 7 a 10 dias.
  Antibióticos de escolha:
    - Cefalexina, 500mg por via oral de 6/6h
    - Cefadroxil, 500mg por via oral de 8/8h ou de 12/12h
    - Amoxicilina, 500mg por via oral de 8/8h
    - Nitrofurantoína, 100mg por via oral de 6/6h
    - Ampicilina, 500mg por via oral de 6/6h

- *Sífilis* – doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência, é causado por uma espiroqueta de tranpissão sexual ou vertical, o Treponema pallidum. A Sífilis na gestação requer intervenção imediata, para que se reduza ao máximo a transmissão vertical.
  A sífilis é classificada em adquirida recente, quando descoberta no primeiro ano de evolução da doença (primária, secundária e terciária) e sífilis adquirida tardia, quando diagnosticada após um ano de evolução da doença.

Ainda temos a sífilis congênita recente, quando diagnosticada até o segundo ano de vida e congênita tardia. Quando diagnosticada após o segundo ano de vida.

A evolução clínica se dá da seguinte forma:

Primária – aparecimento do cancro duro, lesão única, localizada na vagina e no colo do uterino, que pode não ser percebida pela mulher.

Secundária – erupção cutânea e eritematosas generalizadas, roséolas sifilíticas, pápulas palmo-plantares eritemato-descamativas, alopecia e placas úmidas na região vulvar e perineal (condiloma plano).

Terciária – alterações em órgãos e aparelhos, alterações neurológicas e cardiovasculares, caracterizada pela goma ou tubérculo sifilítico.

Os exames para confirmação são os testes sorológicos:

Não treponêmico VDRL – teste quantitativo, que tende a se tornar negativo na segunda semana após o aparecimento do cancro duro.

Treponêmico FTAabs – Teste qualitativo, detectam a presença de anticorpos anti *T. palidum*, não distingue se é uma doença ativa ou cicatriz sorológica.

- Conduta – Encaminhar para consulta médica imediata, seguida por consultas com o Enfermeiro de acordo com a prescrição médica (1, 2 ou 3 aplicações), solicitar VDRL e FTAabs.

Tratamento –

- ✓ Sífilis primária – penicilina benzatina, 2,4 milhões de UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada Glúteo;
- ✓ Sífilis secundária - penicilina benzatina, 2,4 milhões de UI, IM, repetido após 1 semana, sendo a dose total de 4,8 milhões de UI;
- ✓ Sífilis terciária - penicilina benzatina, 2,4 milhões de UI, IM, semanal (por 3 semanas), sendo a dose total de 7,2 milhões de UI.

Gestantes com história de alergia a penicilina devem ser encaminhadas para um centro de referência para dessensibilização.

O VDRL deve ser repetido mensalmente para dosagem dos títulos.

- *Hiperêmese Gravídica* - caracterizado por vômitos intensos e contínuos, que podem ocasionar oligúria, desidratação, perda de peso e distúrbios metabólicos. Ações educativas, apoio emocional e reorientação alimentar (alimentação fracionada, evitar frituras, gorduras, ingerir alimentos sólidos pela manhã) são as melhores maneiras de evitar casos mais complicados. Nos casos de êmese persistente o profissional deve prescrever drogas antieméticas, além de hidratação.

- Antieméticos orais de escolha: Metoclopramida 10mg de 4/4h ou Dimenidrato 50mg de 6/6h.

Nos casos em que a hiperêmese gravídica não responda aos tratamentos adotados o profissional deverá encaminha a gestante para consulta médica ou hospital de referência.

- *Pirose* - Ocorre geralmente em virtude do refluxo gastresofágico, pela hipotonia do esfíncter esofagiano inferior e taxa de esvaziamento gástrico, ambos desencadeados por alterações físicas e funcionais da gestação, em especial pela ação da progesterona sobre os músculos lisos, além de maior pressão física do útero sobre o estômago. Em função dessa pressão, a pirose ressurge no final da gestação com maior intensidade.

Conduta - Orientar a gestante a consumir dieta fracionada, evitando frituras, evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo. Nos casos de pirose persistente prescrever:

- Hidróxido de Alumínio + hidróxido de magnésio – 10 ml por via oral, nas refeições.

- Constipação Intestinal e flatulência – a presença maciça de progesterona reduz a ação de toda musculatura lisa, orientar correção alimentar com fibras e alimentos laxativos, hidratação e atividade física. Nos casos persistentes prescrever:

- Dimeticona 40mg, 01 comprimido de 8/8h.

- Polaciúria – sintoma encontrado no início e final da gestação devido a compressão da bexiga pelo útero, orientar a não retenção da urina.

- Hemorroidas – são vasos do plexo hemorroidário, que podem sangrar ou mesmo sediar uma trombose. Oreintar dieta adequada.
- Varizes – dilatação venosa nos MMII tem caráter hereditário. Orientar não permanecer muito tempo em pé ou sentada, repousar (20 minutos) várias vezes ao dia com pernas elevadas e uso de meias elásticas de compressão media.
- Dor abdominal e cólicas - Certificar que não sejam contrações uterinas, afastar infecção urinária (excluir disúria ou febre). Orientar e prescrever:

• Butilescopolamina 10mg, 01 comprimido de 8/8h.

- Cefaleia - Afastar Hipertensão arterial e pré-eclampsia. Prescrever analgécios:

• Paracetamol 500 mg, 01 comprimido de 8/8h.

- Tontura e Vertigem – Orientar para que não faça mudanças bruscas de posição e evitar inatividade; sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se com a cabeça abaixada ou decúbito lateral com os MMII ligeiramente elevada.
- Cãimbras – são mais frequentes na segunda metade da gestação e acometem mais os membros inferiores. Deve-se moderar atividade física, manter uma boa hidratação, e fazer uso de alimentos ricos em potássio.
- Edema – motivado pela dificuldade no retorno venoso, aconselhar uso de meias elásticas de média compressão e elevar os membros inferiores a cada duas horas.
- *Hipertensão Arterial na Gestação* – doença que mais frequentemente complica a gravidez, acometendo de 5% a 10% das gestações, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e Peri natal.

A definição de hipertensão na gravidez considera os valores absolutos de PA sistólica > 140 mmHg e/ou diastólica de > 90mmHg.
Sabe-se que a gravidez pode induzir hipertensão arterial em mulher previamente normotensa ou agravar uma hipertensão preexistente.
HAS Crônica - estado hipertensivo registrado antes do início da gestação no período que precede a 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto. Esta condição não está associada a edema e proteinúria (salvo se houver dano renal antes da gravidez) e persiste depois de 12 semanas após o parto.
HAS Gestacional - aumento da pressão arterial que ocorre após a 20ª semana de gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria. Normalmente, a PA se normaliza nas primeiras 12 semanas de puerpério, podendo, por isso, ser definida como “transitória”, embora a condição geralmente recorra em 80% das gestações subsequentes.

- Pré-eclâmpsia - aparecimento de hipertensão e proteinúria (300mg ou mais de proteína em urina de 24h), após 20 semanas de gestação, em gestante previamente normotensa. É uma desordem multissistêmica, idiopática, específica da gravidez humana e do puerpério, relaciona0da a um distúrbio placentário que cursa com vasoconstricção aumentada e redução da perfusão. O edema atualmente não faz mais parte dos critérios diagnósticos da síndrome, embora frequentemente acompanhe o quadro clínico.

- Eclampsia: corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;

Conduta – Pesquisa de edema e proteinúria, orientar dieta, aumento da ingesta hídrica, atividade física leve, orientar sinais de alarme, agendar retornos há unidade semanalmente para verificação de Pressão Arterial, encaminhar para consulta médica imediata.
Após prescrição médica o enfermeiro deve renovar a receita mensalmente nos casos de controle dos níveis tensionais.
A medicação de escolha para HAS na gestação é:
Alfametildopa 250mg, Via oral, a critério médico.

- *Diabetes Mellitus na gestação* - alteração no metabolismo dos carboidratos, resultando em hiperglicemia de intensidade variável, que é diagnosticada pela primeira vez ou se inicia durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso.

Conduta – solicitar glicemia de jejum na 1ª consulta, e a partir da 24ª semana.
Glicemia >85mg/dl Solicitar TTGO 75g 2h (se resultado Jejum < 110mg/dl e 2h < 140mg/dl - normal) (se resultado Jejum > 110mg/dl 2h > 140mg/dl - Diabetes Gestacional).
Orientar dieta com restrição da ingesta de carboidratos, orientar sinais de alarme e referir para consulta médica imediata e Pré-natal de Alto Risco.
Agendar retornos semanais á unidade para avaliação dos níveis glicêmicos.

- *Abordagem sindromica na Gestação*

- ✓ Ulcera – Presença de lesão ulcerada em região anogenital, de causa não traumática, única ou múltipla, podendo ser precedida por lesões vesiculosas.

- Tratar HERPES - Evidência ou história de vesículas agrupadas em “cacho”, sobre base eritematosa, cujo aparecimento foi precedido de aumento de sensibilidade, ardência, prurido ou sintomas uretrais, especialmente com história de recorrência das lesões.

Tratar primeiro episódio com:

- Aciclovir 400 mg, por via oral de 8/8 horas por 7 a 10 dias.

Evitar tratar episódios recorrentes.

- Tratar SIFILIS - lesão geralmente única, indolor, com fundo liso e brilhante e secreção serosa escassa. É acompanhada de adenopatia regional não supurativa, móvel, indolor.

- Sífilis primária – penicilina benzatina, 2,4 milhões de UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada Glúteo;
- Sífilis secundária - penicilina benzatina, 2,4 milhões de UI, IM, repetido após 1 semana, sendo a dose total de 4,8 milhões de UI;
- Sífilis terciária - penicilina benzatina, 2,4 milhões de UI, IM, semanal (por 3 semanas), sendo a dose total de 7,2 milhões de UI.

Gestantes com história de alergia a penicilina devem ser encaminhadas para um centro de referência para dessensibilização.
O VDRL deve ser repetido mensalmente para dosagem dos títulos.

- Tratar CANCRO MOLE - lesões dolorosas, geralmente múltiplas, devido à auto-inoculação, mas pode se apresentar também com úlcera única. Tratar com:

- Eritromicina, 500mg, VO, de 6h/6h, por sete dias.

- Tratar LINFOGRANULOMA VENÉREO - inicia-se geralmente por uma lesão de inoculação, caracterizada como pápula, pústula ou exulceração indolor. Tratar com:

- Eritromicina, 500mg, VO, 6h/6h, por 3 semanas.

- Tratar DONOVANOSE - Donovanose: normalmente, a úlcera tem borda plana ou hipertrófica, é bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e sangramento fácil. Tratar com

- Eritromicina, 500mg, VO, 6h/6h, por 3 semanas.

- Corrimento Vaginal /Cervical - pode ser de cor branca, acinzentada ou amarelada, acompanhado de prurido, odor ou dor durante a relação sexual. Quando o corrimento é proveniente do orifício cervical, deve-se tratar cervicite.

- VAGINOSE - É caracterizada por um desequilíbrio da flora vaginal normal devido ao aumento exagerado de bactérias, principalmente anaeróbias (Gardnerella vaginalis, Bacteroides sp., Mobiluncus sp., micoplasmas, peptoestreptococos), associado a uma ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos, que são os agentes predominantes na vagina normal. Apresenta-se como corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso, com odor fétido. Tratar com (após o primeiro trimestre):

- Metronidazol, 500mg, VO, 12h/12h, por 7 dias.
- Metronidazol, 2g, VO, dose única, ou metronidazol gel a 0,75%, uma aplicação vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias.
- Clindamicina, 300mg, VO, 12h/12h, por 7 dias.
- Clindamicina creme a 2%, uma aplicação à noite por 7 dias.

- Candidíase Vulvovaginal - Prurido vulvovaginal, ardor ou dor à micção, o Corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso (“leite coalhado”). Hiperemia, edema vulvar, fissuras e maceração da vulva, dispareunia, fissuras e maceração da pele, o Vagina e colo recobertos por placas brancas ou branco-acinzentadas, aderidas à mucosa. Tratar com medicação tópica:
  - Miconazol a 2%, creme vaginal, durante 7 dias;
  - Clotrimazol a 1%, creme vaginal, durante 6 a 12.

- Tricomoníase - Corrimento abundante, esbranquiçado, amarelado ou amarelo-esverdeado, bolhoso, prurido e/ou irritação vulvar, dor pélvica (ocasionalmente), sintomas urinários (disúria, polaciúria), hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa). Tratar com:

- Metronidazol, 2g, por via oral, dose única.

- Verrugas genitais - caracterizam-se como lesões verrucosas, isoladas ou agrupadas, úmidas ou secas e queratinizadas, geralmente localizadas na vulva, no períneo e na região perianal. Podem ser subclínicas e afetar o colo uterino. Alguns subtipos do HPV são fortemente associados à neoplasia cervical (subtipos 16, 18, 31 e 35).

Na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização, sejam pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período. Preferencialmente, as lesões devem ser tratadas no segundo trimestre gestacional. Gestantes que apresentam verrugas genitais devem ser encaminhadas imediatamente para consulta médica na USF e referenciadas para consulta Ginecológico-Obstétrica de referência.

- ✓ **Condutas diante dos resultados dos exames complementares na Gestação**

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicite o teste de Coombs indireto: Se for negativo, deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana; Quando for positivo, deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Teste rápido para sífilis (triagem)	TR positivo	Colete amostra sanguínea para realização do VDRL e teste parceiros sexuais.
	TR negativo	Realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.
Sorologia para sífilis (lues)	VDRL positivo	Trate a gestante e seu parceiro. Sífilis primária = trate com penicilina benzatina, em dose única de 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega). Sífilis secundária ou latente recente (menos de 1 ano de evolução) = trate com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em duas doses, com intervalo de uma semana. Dose total de 4.800.000 UI. Sífilis terciária ou latente tardia (1 ano ou mais de evolução ou duração ignorada) = trate com penicilina benzatina, 3 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), com intervalo de uma semana. Dose total de 7.200.000 UI. Realize exame mensal para controle de cura.
	VDRL negativo	Repita o exame no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.

Teste rápido diagnóstico para HIV	TR positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.
	TR negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita a sorologia no 3º trimestre.
Sorologia para HIV	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.
	Negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita o exame no 3º trimestre.
Sorologia para hepatite B	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em hepatites de referência.
	Teste negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e vacine a gestante caso ela não tenha sido vacinada anteriormente. Em seguida, repita a sorologia no 3º semestre.

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Urina tipo I e urocultura	Proteinúria	"Traços": repita em 15 dias; caso se mantenha, encaminhe a gestante ao pré-natal de alto risco. "Traços" e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. "Maciça": é necessário referir a gestante ao pré--natal de alto risco.
	Piúria/bacteriúria/ leucocitúria Cultura positiva (> 105 col/ml)	Trate a gestante para infecção do trato urinário (ITU) empiricamente, até o resultado do antibiograma. Solicite o exame de urina tipo I (sumário de urina) após o término do tratamento. Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste da medicação com o resultado do antibiograma, é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Caso haja suspeita de pielonefrite, é necessário referir a gestante ao hospital de referência para intercorrências obstétricas.
	Hematúria	Se for piúria associada, considere ITU e proceda da mesma forma como foi apresentada no item anterior. Se for isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada.
	Cilindrúria	É necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Outros elementos	Não necessitam de condutas especiais.
Dosagem de hemoglobina	Hemoglobina > 11g/dl Ausência de anemia	Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg), que corresponde a 40mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir a medicação antes das refeições.
	Hemoglobina (Hb) entre 8g/dl e 11g/dl Anemia leve a moderada	A) Solicite exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presentes; B) Trate a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Normalmente, recomendam-se 5 (cinco) drágeas/dia de sulfato ferroso, de 40mg cada, via oral (podem ser 2 pela manhã, 2 à tarde e 1 à noite), uma hora antes das refeições; C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: • Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia, com 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre; • Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Hemoglobina < 8g/dl Anemia grave	Será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Glicemia em jejum	85 – 119mg/dl	Realize TTG de 24 a 28 semanas de gestação.
	> 110mg/dl	Repita o exame de glicemia em jejum. Se o resultado for maior do que 110mg/dl, o diagnóstico será de DM gestacional.
TTGO 75g (2h)	Jejum < 110mg/dl 2h < 140mg/dl	Teste negativo.
	Jejum > 110mg/dl 2h > 140mg/dl	DM gestacional.

BRASIL, 2013, adaptado,

- ✓ **Consulta de Enfermagem no período Puerperal**

Objetivos - proporcionar o bem-estar materno-infantil, detectar e avaliar desvios dos limites fisiológicos da puérpera e orientar o aleitamento materno.
A consulta deve ocorrer na primeira semana após o parto e de preferência no domicilio da puérpera.
Conduta – avaliar o estado emocional da puérpera, sanar as possíveis dúvidas, orientar aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, colocar a criança para mamar e observar pega. Orientar higiene do coto umbilical e cavidade bucal. Orientar quanto ao não uso de lenços umedecidos aromatizados. Orientar prevenção de dermatites. Orientar sobre direitos trabalhistas.
Coletar dados do parto: data, tipo de parto, indicação de parto operatório, intercorrências no trabalho de parto, parto e pós-parto como febre, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh.
Exame físico da puérpera – asseio, estado emocional, vínculo afetivo mãe-filho, coloração e turgor da pele, avaliação das mamas, abdome e genitália (sinais de infecção em episiorrafia e sutura abdominal nos casos de cesárea), loquiações, diurese e dejeções, pesquisa de edema. Orientar sobre planejamento familiar. Avaliar sinais vitais. Ofertar métodos contraceptivos de acordo com o desejo da puérpera.
Suplementação com Sulfato Ferro 40mg, Via oral, antes das refeições, até 3 meses após o parto.
Prescrição de anticoncepcional hormonal de acordo com o desejo da paciente –
Iniciar o uso do anticoncepcional 45 dias após o parto.

- Noretisterona 0,35 mg, 01 comprimido por Via Oral, diariamente
- Levonorgestrel 0,03 mg, 01 comprimido por Via Oral, diariamente
- Linestrenol 0,5 mg, 01 comprimido por Via Oral, diariamente
- Desogestrel 75 mcg, 01 comprimido por Via Oral, diariamente
- Acetato de medroxiprogesterona 150 mg, 01 ampola, via Intramuscular Profunda, no glúteo, a cada 90 dias.
- Anticoncepcional hormonal oral combinado: se não estiver amamentando ou se não for aleitamento materno exclusivo
- DIU: logo após o parto na maternidade ou em torno de 40 dias pós-parto
- Preservativo masculino ou feminino: indicar o uso de preservativo desde a primeira relação sexual pós-parto.

Exame físico do neonato – asseio, couro cabeludo e fontanelas, mucosas, simetria de tórax e padrão respiratório, abdome, perviabilidade de órgãos genitais e presença de cripitoquidia em meninos, coloração e hidratação da pele, cianose central, de extremidades e icterícia. Diurese e dejeções. Peso, estatura, perímetros cefálico, torácico e abdominal.
Caso a criança não tenha recebido vacinação contra Hepatite B e vacina BCG na maternidade, proceder à vacinação no dia da visita puerperal, bem como a realização do teste do pezinho. Encaminhar para realização do teste da orelhinha na UBS.
Cuidados com o coto umbilical –
Realizar higiene diária com água e sabão, enxaguar e secar bem.
Aplicar álcool 70% com cotonete ou gaze limpa após cada troca de fralda e após o banho, no mínimo 3 vezes ao dia.
Procurar atendimento mediante sinais de infecção (secreção purulenta, odor fétido, vermelhidão na pele ao redor do umbigo).
Não cobrir o coto umbilical com faixas.
Não utilizar outros produtos como: pomadas, talcos, moedas etc.
Agendar consulta de retorno na USF com 30 dias para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

A quem se destina – Enfermeiros, Técnicos/Auxiliares de Enfermagem da Família;
Objetivo – Padronizar as ações e serviços realizados no âmbito da assistência ao recém-nascido, lactente, infante.
Onde se aplica
Unidades de Saúde da Família, JACU, MARI, PICADA, SAMAMBAIA e SEDE;
Unidade Básica de Saúde de Nordestina

Técnico de Enfermagem –

- Acolhimento com escuta ativa dos pais e/ou responsável.
- Atividade educativa.
- Aferir e registrar peso, estatura e temperatura.
- Verificar caderneta de vacina.
- Administrar imunobiológico caso esteja em período oportuno.
- Realizar teste do pezinho.
- Orientar retorno para vacinação (campanhas ou rotina).
- Encaminhar o usuário e acompanhante até o consultório Médico/Enfermeiro/odontológico.
- Administração de medicamentos e realização de procedimentos de acordo com a prescrição do médico/enfermeiro/cirurgião-dentista.
- Dispensar medicamentos conforme prescrição do Médico/Enfermeiro/ cirurgião-dentista.
- Auxiliar o médico/enfermeiro nos procedimentos (se necessário).

Enfermeiro –

- Acolhimento com escuta ativa dos pais/responsável.
- Atividade educativa.
- Realizar consulta de enfermagem – (Histórico/Exame físico; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação; Avaliação).
- Avaliar a presença de situações de risco e vulnerabilidade à saúde do recém-nascido, lactente, infante (caderno de Atenção Básica 33);
- Avaliar e orientar os pais/responsáveis sobre os sinais de perigo na criança com menos de 2 meses e sobre a necessidade de procurar atendimento de emergência
- Promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo e auxiliar na formação ou fortalecimento do vínculo entre os pais e o bebê;
- Orientações gerais sobre os cuidados com o recém-nascido;
- Realizar teste do pezinho;
- Orientar sobre o calendário de imunizações
- Combinar o calendário de consultas;
- Encaminhar á recepção para agendamento de retorno;

Anamnese e Exame Físico da Criança –

- Identificação da criança; investigação sobre o pré-natal; avaliar amamentação exclusiva (se < de seis meses), avaliar alimentação para > de 6 meses (alimentos consumidos, quantidade, ingesta hídrica)
- Checar realização do teste do pezinho e calendário vacinal.
- História atual;
- Investigar padrão de sono e vigília;
- Observar hipoatividade, irritabilidade e choro persistente;

Aspectos do desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos

Época das consultas mínimas preconizadas pelo SSC	Aspectos do desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos
15 dias	Entre 1 e 2 meses: predomínio do tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa. Reflexos: • Apoio plantar, sucção e preensão palmar: desaparecem até o 6º mês. • Preensão dos artelhos: desaparece até o 11º mês. • Reflexo cutâneo plantar: obtido pelo estímulo da porção lateral do pé. No RN, desencadeia extensão do hálux. A partir do 13º mês, ocorre flexão do hálux. A partir desta idade, a extensão é patológica. • Reflexo de Moro: medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente seus braços. Deve ser sempre simétrico. É incompleto a partir do 3º mês e não deve existir a partir do 6º mês. • Reflexo tônico-cervical: rotação da cabeça para um lado, com consequente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais. A atividade é realizada bilateralmente e deve ser simétrica. Desaparece até o 3º mês.
1 mês	Entre 1 e 2 meses: percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno.
2 meses	Entre 2 e 3 meses: sorriso social. Entre 2 e 4 meses: bebê fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros. Em torno de 2 meses: inicia-se a ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar).
4 meses	Aos 4 meses: preensão voluntária das mãos. Entre 4 a 6 meses: o bebê vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro. Aos 3 meses: o bebê adquire noção de profundidade.
6 meses	Em torno dos 6 meses: inicia-se a noção de "permanência do objeto".* A partir do 7º mês: o bebê senta-se sem apoio. Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se, engatinha. Entre 6 e 8 meses: o bebê apresenta reações a pessoas estranhas.
9 meses	Entre 9 meses e 1 ano: o bebê engatinha ou anda com apoio. Em torno do 10º mês: o bebê fica em pé sem apoio.
12 meses	Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses: o bebê anda sozinho. Em torno de 1 ano: o bebê possui a acuidade visual de um adulto.
15 meses	Entre 1 ano e 6 meses a 2 anos: o bebê corre ou sobe degraus baixos.
2 anos	Entre 2 e 3 anos: o bebê diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus. Em torno dos 2 anos: o bebê reconhece-se no espelho e começa a brincar de faz de conta (atividade que deve ser estimulada, pois auxilia no desenvolvimento cognitivo e emocional, ajudando a criança a lidar com ansiedades e conflitos e a elaborar regras sociais). Entre 2 e 3 anos: os pais devem começar aos poucos a retirar as fraldas do bebê e a ensiná-lo a usar o penico.
De 4 a 6 anos	Entre 3 e 4 anos: a criança veste-se com auxílio. Entre 4 e 5 anos: a criança conta ou inventa pequenas histórias. O comportamento da criança é predominantemente egocêntrico; porém, com o passar do tempo, outras crianças começam a se tornar importantes. A partir dos 6 anos: a criança passa a pensar com lógica, embora esta seja predominantemente concreta. Sua memória e a sua habilidade com a linguagem aumentam. Seus ganhos cognitivos melhoram sua capacidade de tirar proveito da educação formal. A autoimagem se desenvolve, afetando sua autoestima. Os amigos assumem importância fundamental. A criança começa a compreender a constância de gênero. A segregação entre os gêneros é muito frequente nesta idade (meninos "não se misturam" com meninas e vice-versa).
De 7 a 9 anos	A partir dos 7 anos: a criança começa a desenvolver o julgamento global de autovalor, integrando sua autopercepção, "fechando" algumas ideias sobre quem ela é e como deve ser etc. A influência dos pares (amigos, colegas da mesma idade) adquire grande importância nesta etapa da vida, enquanto a influência dos pais diminui.
10 anos	A partir dos 10 anos: ocorrem mudanças relacionadas à puberdade e há um estirão de crescimento (primeiro nas meninas, em torno dos 11 anos, depois nos meninos, em torno dos 13 anos).

Fonte: COLL; PALÁCIOS; MARCHESI, 1995; REGO, 1999; ZAVASCHI et al., apud DUNCAN et al., 2004; REESE, 2000; NEWCOMBE, 1999; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2000 (com adaptações).

- Avaliar Sinais vitais: Temperatura, Pulso, Frequência respiratória e expansividade torácica e na presença de alterações importantes encaminhar para consulta médica;

Frequência Cardíaca <10anos

Idade	Variação	Média normal
Recém-nato	De 70 a 170	120
11 meses	De 80 a 160	120
2 anos	De 80 a 130	110
4 anos	De 80 a 120	100
6 anos	De 75 a 115	100
8 anos	De 70 a 110	90
10 anos	De 70 a 110	90

Fonte: DIECKMANN; BROWNSTEIN; GAUSCHE-HILL, 2000, p. 43-45.

Frequência Respiratório <10 anos

De 0 a 2 meses	Até 60mrm
De 2 a 11 meses	Até 50mrm
De 12 meses a 5 anos	Até 40mrm
De 6 a 8 anos	Até 30mrm
Acima de 8 anos	Até 20mrm

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007, p. 31-50.

- Peso, estatura, índice de massa corporal, perímetros cefálico, torácico e abdominal;

Evolução do ganho de peso, estatura e perímetro cefálico - 1o ao 2o ano de vida

Mês ou ano	**Peso** (1º ano de vida)
1º trimestre	20 a 30 g/dia
2º trimestre	15 a 20 g/dia
3º trimestre	10 a 14 g/dia
Mês ou ano	**Estatura**
1º semestre	15 cm
2º semestre	10 cm
1 ano	25 cm
2 anos *	10 a 12 cm
3 a 4 anos	7 cm
Até o início da puberdade	5 a 6 cm
Mês ou ano	**Perímetro Cefálico**
1º e 2º mês	2 cm/mês
3º e 4º mês	1,5 cm/mês
5º ao 12º mês	0,5 cm/mês
2º ano	0,3 cm/mês

*(50% da estatura a ser atingida na fase adulta)

- Avaliar cabeça e couro cabeludo (pediculose); fontanelas (bregmática – 4-5 cm, fechamento entre 18 e 24 meses e Lâmbida – 1-2cm, fechamento por volta dos 2 meses) observar abaulamentos; simetria facial; avaliar olhos quanto a simetria, fotofobia, aniscocoria, esclerótica, estrabismo, lacrimejamento e secreções; avaliar aparência sindrômica;
- Avaliar implantação das orelhas e acuidade auditiva através do pestanejamento dos olhos, susto e direcionamento da cabeça em resposta ao estímulo sonoro;
- Nariz – avaliar desvio de septo nasal e presença de secreções;
- Avaliar cavidade bucal;
- Avaliar pescoço, gânglios e linfonodos, bem como rigidez de nuca;
- Avaliar tórax quanto à simetria, expansividade, uso de musculatura acessória, presença de tiragem intercostal, ritmo, qualidade, ausculta pulmonar, raquitismo e mamilos;
- Avaliar abdome quanto a sua forma, abaulamentos, herniações, ruídos hidroaéreos; proceder ausculta, percussão e palpação, investigar sinais de dor;
- Avaliar pele e mucosa – coloração, turgor, elasticidade, presença de lesões (a pele do RN geralmente é lisa, macia rosada ou opaca); avaliar sinais de icterícia.
- Avaliar Genitália

Meninos – verificar presença de fimose, e testículo na bolsa escrotal (rastreamento para criptorquidia), observar sinais de inflamação, orientar higiene;

Meninas – avaliar presença de secreção vaginal (pode ocorrer presença de secreções mucoide e sanguinolenta nos primeiros dias),
Em ambos os sexos avaliar perviabilidade.
Pesquisar padrão de diurese e dejeções bem como suas características.

- Avaliar enchimento capilar <2 segundos, deformidades de extremidades, paralisias, palpação de pulsos, assimetria e marcha;
- Coluna vertebral – avaliar rigidez, curvatura, mobilidade, presença de espinha bífida e deformidades.
- Rastreamento para displasia evolutiva do quadril.
- Aferição da pressão arterial (se necessário).
- Aconselhamento antecipado
- Aconselhamento e prevenção de lesões não intencionais.
- Solicitação de Exames laboratoriais Crianças Assintomáticas (Hemograma, parasitológico de fezes, sumario de urina, Perfil lipídico), se necessário.
- Sinais indicativos de negligência aos cuidados relacionados à higienização, alimentação e estado de saúde e de violência como equimoses, hematomas, pequenos traumas e comportamento de hipoatividade ou abatimento da criança. Em caso de evidências desses sinais, encaminhar a criança para o conselho tutelar local.
- Realizar consultas intercaladas entre médico e enfermeiro, encaminhar para cirurgiã-dentista para avaliação.
- Calendário de Consultas – 1º ano de vida Primeira consulta até 7 dias após o nasicmento dias e as demais no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º mês; 2º ano de vida 15º, 18º e 24º mês; 3º ao 10º ano de vida uma consulta ao ano.
- Consultas no segundo ano de vida 15º, 18º e 24º mês
- Consultas no terceiro ao décimo ano de vida uma consulta ao ano

➢ **Condutas do Enfermeiro frente a queixas específicas:**

✓ **Suplementação de Vitamina A -** No Brasil, a deficiência de vitamina A e considerada um problema de saúde publica, sobretudo na região Nordeste e em alguns locais da região Sudeste e Norte. A suplementação com vitamina A, em crianças de 6 a 59 meses de idade (4 anos e 11 meses), reduz em 24% o risco global de morte, em 28% da mortalidade por diarreia e mortalidade por todas as causas, e, em 45%, em crianças HIV positivo.

Suplementação de vitamina A para crianças de 6 a 59 meses de idade

Idade	Dose	Frequência
Crianças: 6 – 11 meses	100.000 UI	Uma dose
Crianças: 12 – 59 meses	200.000 UI	Uma vez a cada 6 meses

Fonte: Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (Brasil, 2012).

✓ Suplementação de Ferro - Suplementação de ferro - A anemia por deficiência de ferro é o problema nutricional de maior magnitude no Brasil, com uma prevalência de aproximadamente 50% nas crianças brasileiras.

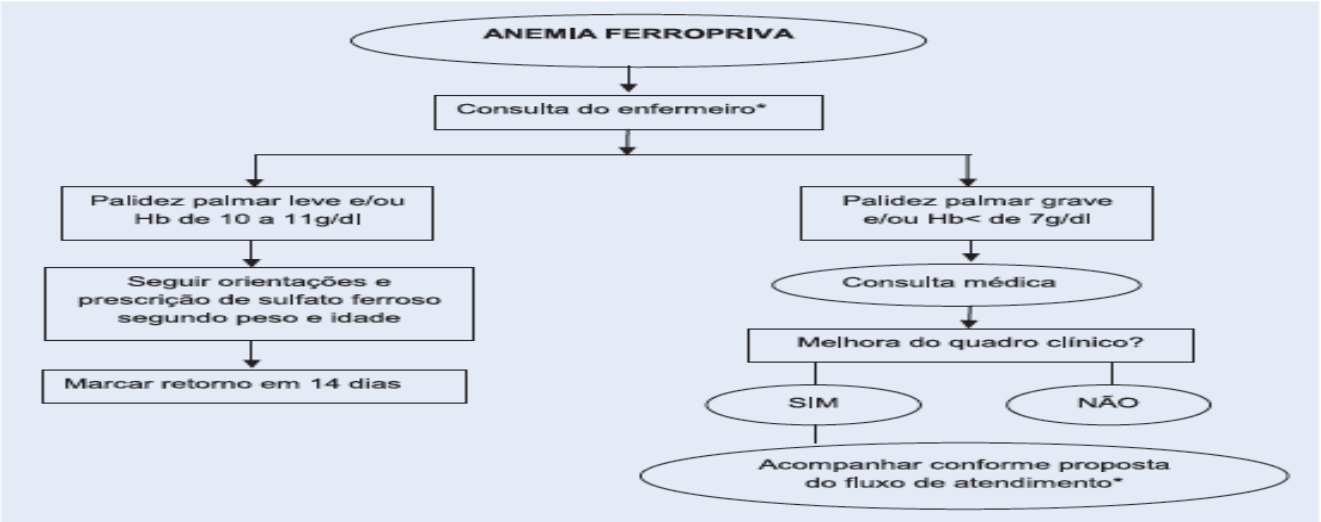
Dose profilática de ferro elementar prevenção de anemia ferropriva em crianças de 6 a 18 meses de idade

Recém-nascido	Indicação	Dose profilática de ferro elementar	Apresentação
a termo	A partir dos 6 meses de idade (quando em AME)	1mg/kg/dia até 2 anos de idade* ou 25mg por semana até 18 meses**	Solução oral 25mg/ml (1 gota=1mg de ferro)
	A partir dos 4 meses de idade (quando NÃO em AME)		
pré-termo (<37 semanas) ou de baixo peso (< 2500g) Solicitar hemograma aos 15 meses	> 1500g	2mg/kg/dia durante 12 meses, a partir de 30 dias de vida, e 1 mg/kg/dia até completar 24 meses	
	1500-100g	3 mg/kg/dia durante 12 meses a partir de 30 dias de vida, e 1 mg/kg/dia até completar 24 meses	
	< 1000 g	4 mg/kg/dia durante 12 meses, a partir de 30 dias de vida, e 1 mg/kg/dia até completar 24 meses	

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

- ✓ Anemia - pode instalar-se em qualquer individuo que não receba a quantidade adequada desse nutriente na dieta ou que tenha dificuldades em sua absorção, como por exemplo, carência nutricional e parasitoses intestinais. As crianças fazem parte desse grupo de risco para a anemia ferropriva.

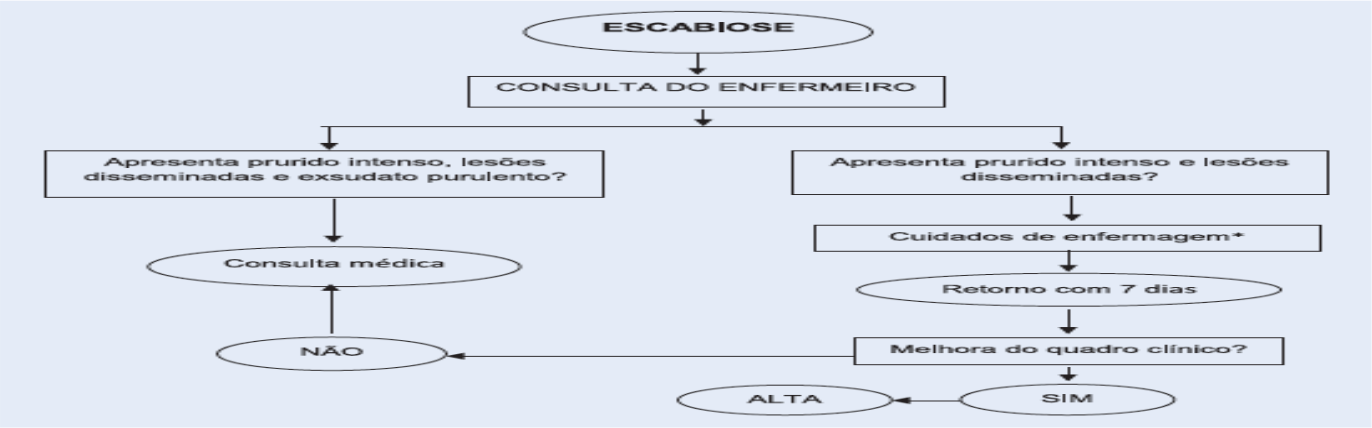
Principais sinais e sintomas: palidez (palmar, conjuntiva ocular e oral), dificuldade de concentração/memorização, irritabilidade e alteração do apetite.
Cuidados de enfermagem:
Avaliar o tipo de aleitamento e aceitação das refeições de sal.
Avaliar alimentação e orientar a mãe para o uso de alimentos ricos em ferro.
Avaliar antecedentes de criança: prematuridade, baixo peso e morbidade neonatal.
Associar o Sulfato Ferroso a sucos ricos em vitamina C e administrar 30 minutos antes das refeições.
Orientar o uso de Sulfato Ferroso com canudinho devido a destruição do esmaltados dentes.
Alertar para a mudança de coloração das fezes e os cuidados com os dentes.


ANEMIA FERROPRIVA
Consulta do enfermeiro*
Palidez palmar leve e/ou Hb de 10 a 11g/dl
Seguir orientações e prescrição de sulfato ferroso segundo peso e idade
Marcar retorno em 14 dias
Palidez palmar grave e/ou Hb< de 7g/dl
Consulta médica
Melhora do quadro clínico?
SIM
NÃO
Acompanhar conforme proposta do fluxo de atendimento*

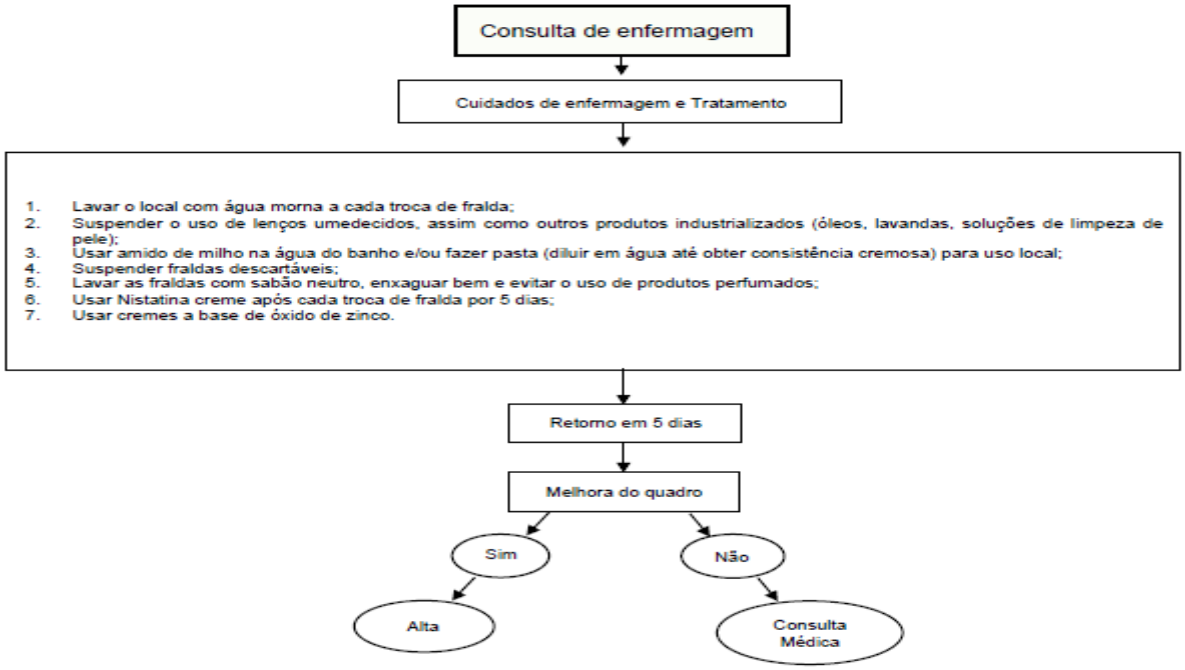
- ✓ Escabiose - é uma doença altamente infecciosa causada pelo ácaro parasita, *Sarcoptes scabie*, transmitida através do contato direto com a pele do indivíduo. O *Sarcoptes scabie* alimenta-se da queratina. Após o acasalamento, a fêmea põe ovos, média de seis por fêmea, que eclodem após duas semanas. A doença é caracterizada por prurido intenso, principalmente à noite.

Sintomas - O período de incubação da doença é cerca de três semanas, então começam as erupções que causam prurido nos dedos das mãos, punhos, mamilos, axilas, genitália, umbigo e nádegas. Também podem surgir pápulas, ou bolinhas, e lesões em túnel, ou lineares, de trajeto

sinuoso, às vezes, pouco visíveis. Além disso, podem-se encontrar também escoriações, causadas pelo ato de coçar, infecções secundárias ou nódulos na bolsa escrotal ou no pênis.
Tratamento: via tópica (Permetrina creme 5% e Lidano 1% loção ou creme) ou oral (Ivermctina). O Benzoato de Benzila, loção a 10 ou 25%, não e mais indicado devido à toxicidade acentuada e resistência parasitaria.



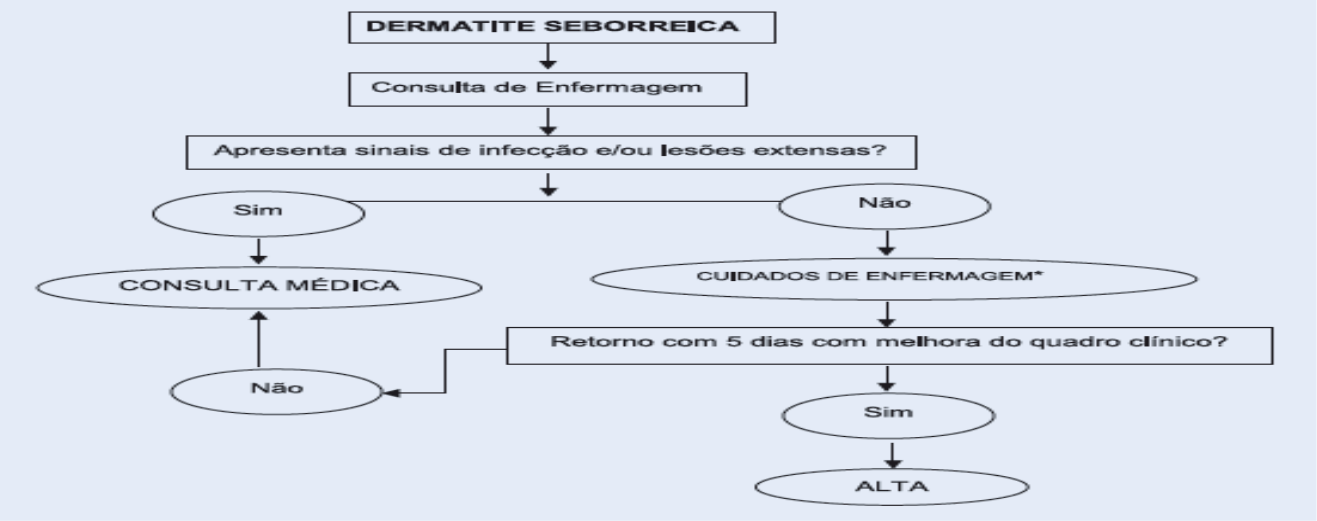
- ✓ Dermatite amoniacal ou de fralda - Trata-se de uma inflamação cutânea causada, principalmente, pela umidade e pelo contato prolongado com as substâncias presentes na urina e nas fezes. As áreas mais afetadas são aquelas cobertas pela fralda, ou seja, a região genital, as nádegas, a porção baixa do abdome e a raiz da coxa.


Consulta de enfermagem
Cuidados de enfermagem e Tratamento
1. Lavar o local com água morna a cada troca de fralda;
2. Suspender o uso de lenços umedecidos, assim como outros produtos industrializados (óleos, lavandas, soluções de limpeza de pele);
3. Usar amido de milho na água do banho e/ou fazer pasta (diluir em água até obter consistência cremosa) para uso local;
4. Suspender fraldas descartáveis;
5. Lavar as fraldas com sabão neutro, enxaguar bem e evitar o uso de produtos perfumados;
6. Usar Nistatina creme após cada troca de fralda por 5 dias;
7. Usar cremes a base de óxido de zinco.
Retorno em 5 dias
Melhora do quadro
Sim
Não
Alta
Consulta Médica

- ✓ Dermatite seborreica - Lesão eritemato descamativa, populosa, não pruriginosa podendo apresentar, deforma focal ou generalizada, em couro cabeludo, em face, pescoço, axilas e área de fraldas. Podem evoluir para lesões pós-inflamatórias pigmentadas.

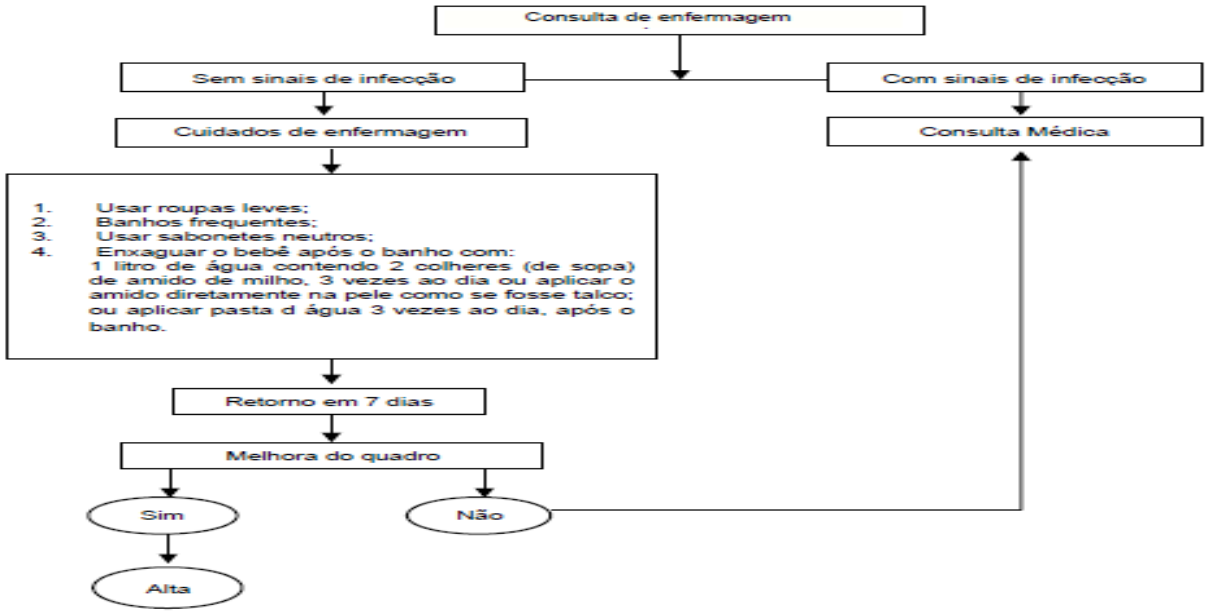
Orientações de Enfermagem:
Passar vaselina ou óleo mineral no couro cabeludo uma vez ao dia, deixar por 1 hora e retirar seborreia com escova ou pente fino delicado.
Lavar a cabeça com sabonete neutro.

Retornar a unidade, caso haja piora do quadro clinico ou duvidas.



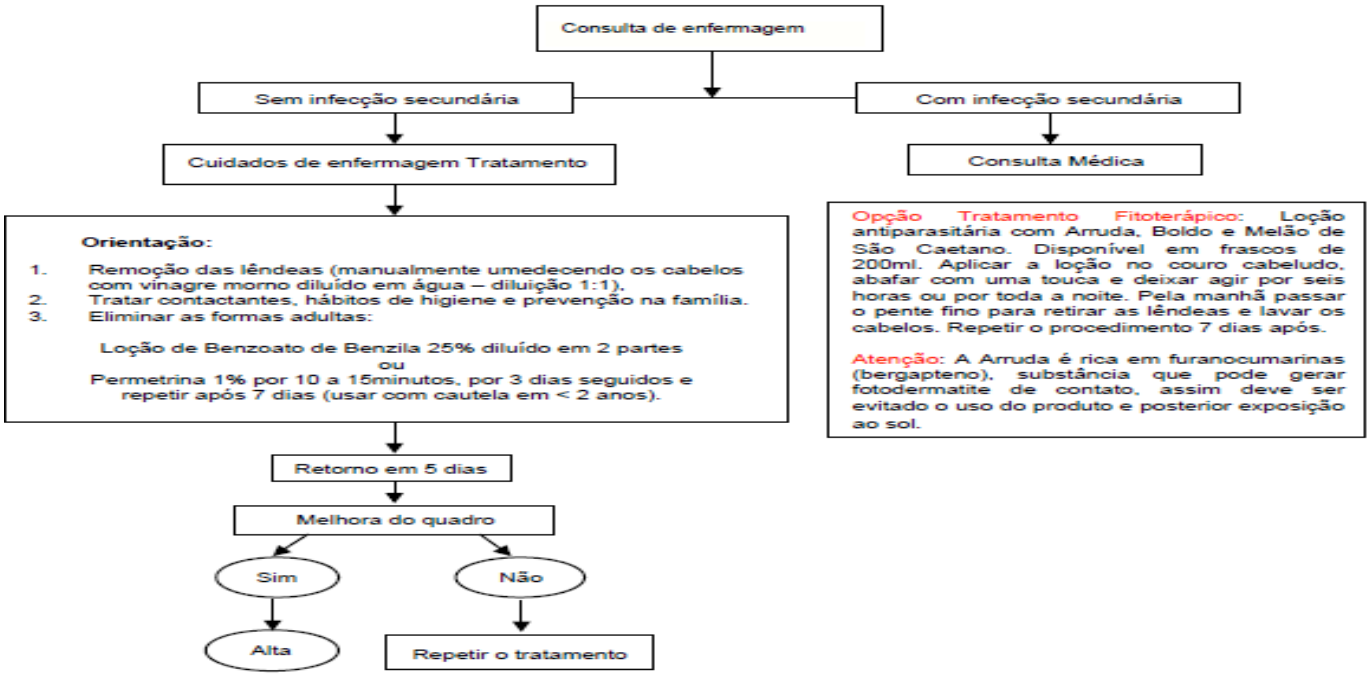
- ✓ Miliária (Brotoeja) - uma dermatite inflamatória causada pela obstrução das glândulas sudoríparas, o que impede a saída do suor. Ambientes quentes e úmidos, o excesso de roupas e agasalhos assim como febre alta favorecem o aparecimento de lesões, que aparecem, em geral, no tronco, pescoço, nas axilas e nas dobras de pele, sob a forma de pequenas bolhas de conteúdo citrino.

Miliária cristalina ou sudamina - As bolhas podem ser pequenas, transparentes e sem sinal de inflamação, quando o bloqueio incidiu num ponto mais superficial da epiderme.
Miliária rubra ou brotoeja - pápulas vermelhas e inflamadas, quando ocorrer em região intermediária, é a forma mais comum.
Miliária profunda – acomete áreas mais profundas da epiderme, além de pequenas bolhas de água, há também pápulas vermelhas. Quando observamos pus, provavelmente, está ocorrendo uma infecção bacteriana secundária. Encaminhar para consulta médica imediata.

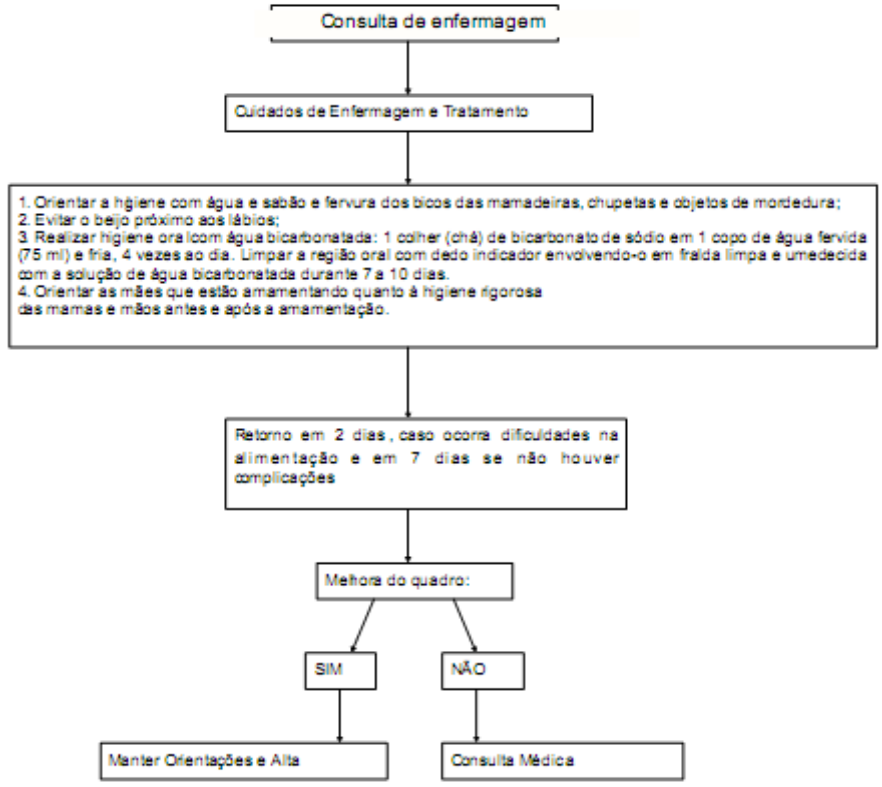

Consulta de enfermagem
Sem sinais de infecção
Com sinais de infeoção
Cuidados de enfermagem
Consulta Médica
1. Usar roupas leves;
2. Banhos frequentes;
3. Usar sabonetes neutros;
4. Enxaguar o bebê após o banho com:
1 litro de água contendo 2 colheres (de sopa) de amido de milho, 3 vezes ao dia ou aplicar o amido diretamente na pele como se fosse talco; ou aplicar pasta d água 3 vezes ao dia, após o banho.
Retorno em 7 dias
Melhora do quadro
Sim
Não
Alta

- ✓ Pediculose - doença parasitária causada pelo Anemilho. No homem a infestação é causada pelo *Pediculus humanus*, que pode ser encontrado nas partes intimas (*Pediculus humanus capitis*) e no corpo (*Pediculus humanus*), e pelo *Pthirus pubis* que causa a pitiríase.

A pediculose pode ser confirmada pela presença de lêndeas ou piolhos no couro cabeludo.+
A transmissão da infecção se dá através de contato direto ou indireto (escovas de cabelo, roupas etc).

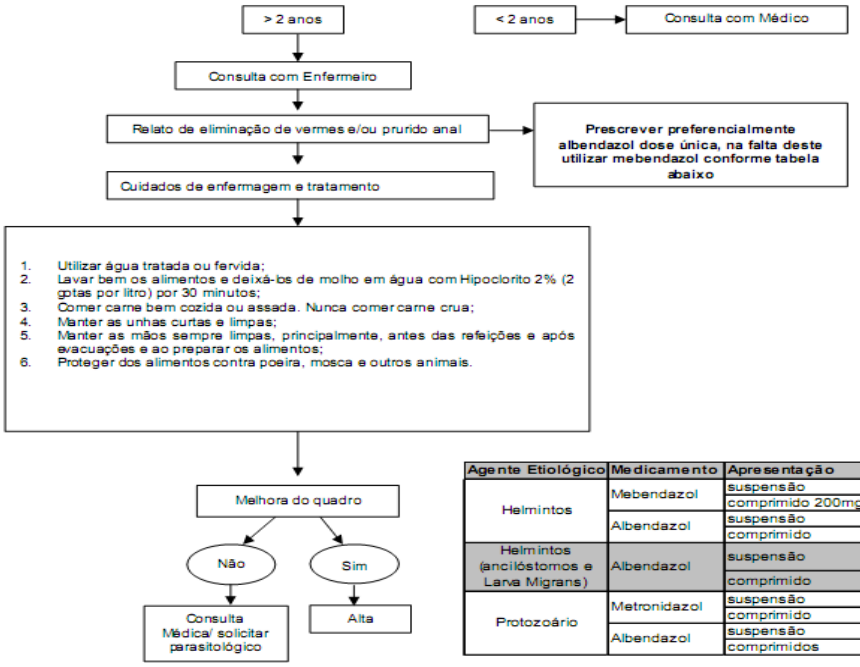

Consulta de enfermagem
Sem infecção secundária
Com infecção secundária
Cuidados de enfermagem Tratamento
Consulta Médica
Orientação:
1. Remoção das lêndeas (manualmente umedecendo os cabelos com vinagre morno diluído em água – diluição 1:1).
2. Tratar contactantes, hábitos de higiene e prevenção na família.
3. Eliminar as formas adultas:
Loção de Benzoato de Benzila 25% diluído em 2 partes
ou
Permetrina 1% por 10 a 15minutos, por 3 dias seguidos e repetir após 7 dias (usar com cautela em < 2 anos).
Opção Tratamento Fitoterápico: Loção antiparasitária com Arruda, Boldo e Melão de São Caetano. Disponível em frascos de 200ml. Aplicar a loção no couro cabeludo, abafar com uma touca e deixar agir por seis horas ou por toda a noite. Pela manhã passar o pente fino para retirar as lêndeas e lavar os cabelos. Repetir o procedimento 7 dias após.
Atenção: A Arruda é rica em furanocumarinas (bergapteno), substância que pode gerar fotodermatite de contato, assim deve ser evitado o uso do produto e posterior exposição ao sol.
Retorno em 5 dias
Melhora do quadro
Sim
Não
Alta
Repetir o tratamento

✓ Candidíase Oral (monilíase) - É uma estomatite micótica altamente contagiosa que costuma atacar a mucosa bucal do RN, caracterizada pela presença de placas brancas na membrana mucosa da boca, das gengivas e da língua, semelhantes a restos de leite, produzidas por um fungo parasitário, a *C. albicans*. É geralmente benigna e desaparece com duas semanas de tratamento, mas se não for tratada pode evoluir para um quadro severo. É uma infecção que tem uma incidência alta em bebês com lábio leporino e fenda palatina. A infecção geralmente parece não causar dor nem desconforto à criança.


Consulta de enfermagem
Cuidados de Enfermagem e Tratamento
1. Orientar a higiene com água e sabão e fervura dos bicos das mamadeiras, chupetas e objetos de mordedura;
2. Evitar o beijo próximo aos lábios;
3. Realizar higiene oral com água bicarbonatada: 1 colher (chá) de bicarbonato de sódio em 1 copo de água fervida (75 ml) e fria, 4 vezes ao dia. Limpar a região oral com dedo indicador envolvendo-o em fralda limpa e umedecida com a solução de água bicarbonatada durante 7 a 10 dias.
4. Orientar as mães que estão amamentando quanto à higiene rigorosa das mamas e mãos antes e após a amamentação.
Retorno em 2 dias, caso ocorra dificuldades na alimentação e em 7 dias se não houver complicações
Melhora do quadro:
SIM
NÃO
Manter Orientações e Alta
Consulta Médica

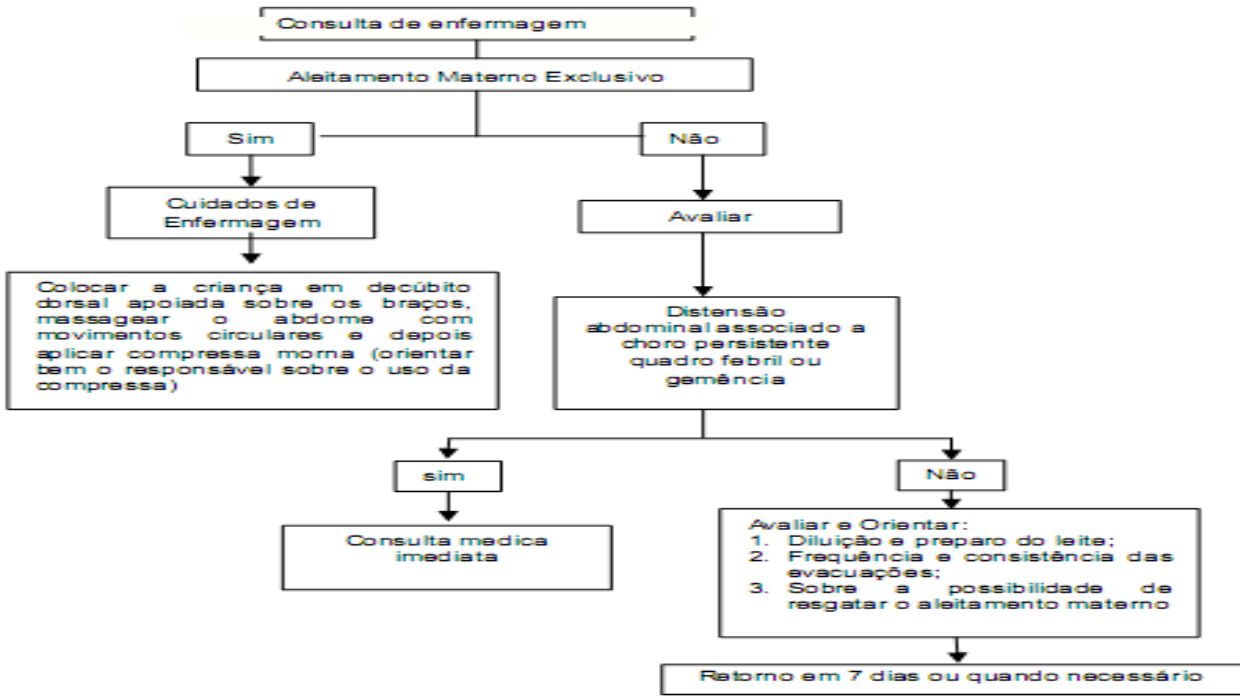
- ✓ Parasitose - doença provocada por agentes específicos, denominados parasitas, especialmente Endoparasitas que vivem no interior do corpo do hospedeiro. Constitui-se uma doença freqüente, de difícil controle pelos órgãos públicos, que acomete o ser humano de forma irrestrita.

Os principais sintomas relacionados com as verminoses são: cólicas abdominais, enjôo, mudança do apetite, falta de disposição, fraqueza, emagrecimento, tonturas, vômitos, diarréia com ou sem perda de sangue ou fome constante.

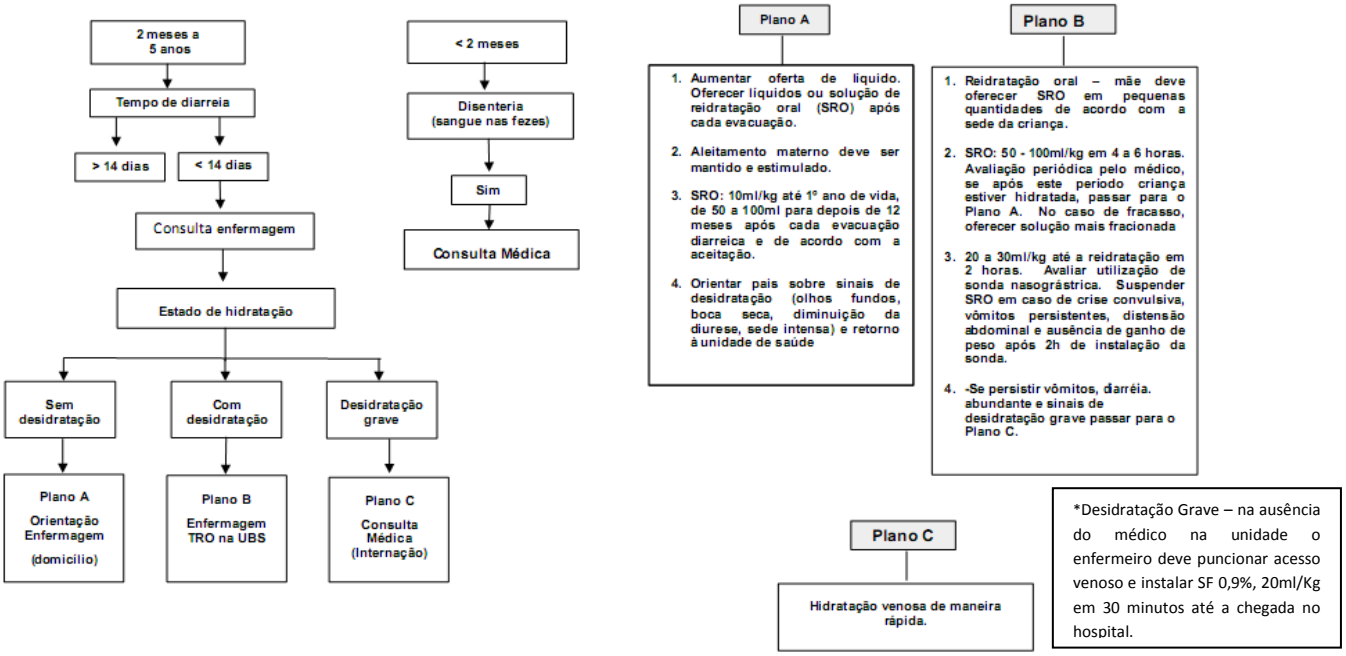

> 2 anos
< 2 anos
Consulta com Médico
Consulta com Enfermeiro
Relato de eliminação de vermes e/ou prurido anal
Prescrever preferencialmente albendazol dose única, na falta deste utilizar mebendazol conforme tabela abaixo
Cuidados de enfermagem e tratamento
1. Utilizar água tratada ou fervida;
2. Lavar bem os alimentos e deixá-bs de molho em água com Hipoclorito 2% (2 gotas por litro) por 30 minutos;
3. Comer carne bem cozida ou assada. Nunca comer carne crua;
4. Manter as unhas curtas e limpas;
5. Manter as mãos sempre limpas, principalmente, antes das refeições e após evacuações e ao preparar os alimentos;
6. Proteger dos alimentos contra poeira, mosca e outros animais.
Melhora do quadro
Não
Sim
Consulta Médica/ solicitar parasitológico
Alta

Agente Etiológico	Medicamento	Apresentação	Prescrição	Obs.:
Helmintos	Mebendazol	suspensão	05 ml/2x ao dia por 03 dias	repetir esquema após 20 dias
		comprimido 200mg	01 cp / 2x ao dia por 03 dias	repetir esquema após 20 dias
	Albendazol	suspensão	10 ml a noite / dose única	repetir esquema após 20 dias
		comprimido	02 cp / dose única	repetir esquema após 20 dias
Helmintos (ancilóstomos e Larva Migrans)	Albendazol	suspensão	10 ml a noite / por 03 dias	repetir esquema após 20 dias
		comprimido	01 cp / dose única	repetir esquema após 20 dias
Protozoário	Metronidazol	suspensão	05 ml / 2x ao dia por 10 dias	repetir esquema após 20 dias
		comprimido	01 cp / 2x ao dia por 10 dias	repetir esquema após 20 dias
	Albendazol	suspensão	10 ml a noite / por 05 dias	repetir esquema após 20 dias
		comprimidos	01 cp/ a noite por 05 dias	repetir esquema após 20 dias

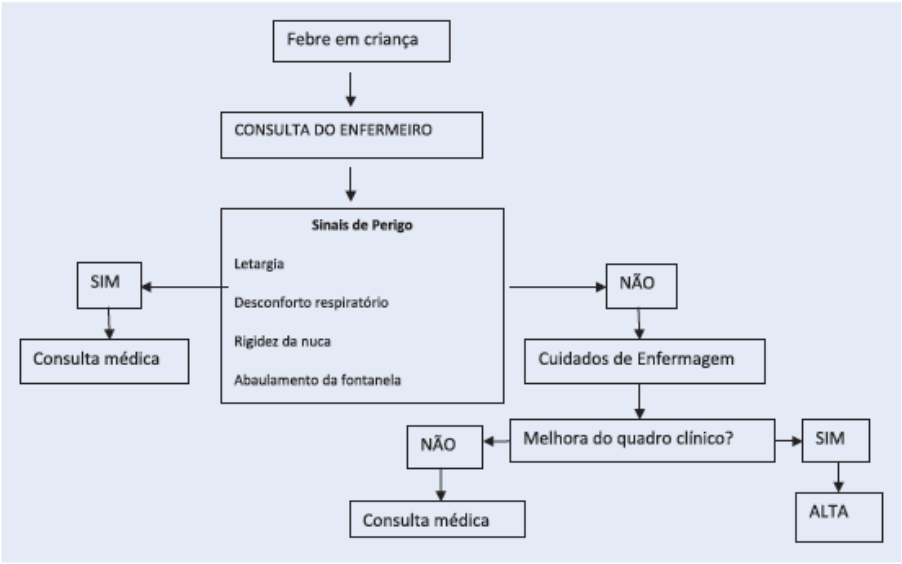
- ✓ Cólicas –


Consulta de enfermagem
Aleitamento Materno Exclusivo
Sim
Não
Cuidados de Enfermagem
Avaliar
Colocar a criança em decúbito dorsal apoiada sobre os braços, massagear o abdome com movimentos circulares e depois aplicar compressa morna (orientar bem o responsável sobre o uso da compressa)
Distensão abdominal associado a choro persistente quadro febril ou gemência
sim
Não
Consulta medica imediata
Avaliar e Orientar:
1. Diluição e preparo do leite;
2. Frequência e consistência das evacuações;
3. Sobre a possibilidade de resgatar o aleitamento materno
Retorno em 7 dias ou quando necessário

- ✓ Diarreia e desidratação - consiste no aumento do número de evacuações e/ou a presença de fezes amolecidas, com consistência pastosa e/ou até mesmo líquidas nas evacuações. A diarréia é classificada em **Aguda**, quando dura até 14 dias, **Persistente**, superior a 14 dias ou ainda **Crônica**, quando ultrapassa de 3 semanas. Uma das piores complicações da diarréia é a ocorrência de desidratação, em virtude da redução da absorção de água pelo intestino grosso


2 meses a 5 anos
Tempo de diarreia
> 14 dias
< 14 dias
Consulta enfermagem
Estado de hidratação
Sem desidratação
Com desidratação
Desidratação grave
Plano A
Orientação Enfermagem
(domicilio)
Plano B
Enfermagem TRO na UBS
Plano C
Consulta Médica
(Internação)
< 2 meses
Disenteria (sangue nas fezes)
Sim
Consulta Médica
Plano A
1. Aumentar oferta de liquido. Oferecer liquidos ou solução de reidratação oral (SRO) após cada evacuação.
2. Aleitamento materno deve ser mantido e estimulado.
3. SRO: 10ml/kg até 1º ano de vida, de 50 a 100ml para depois de 12 meses após cada evacuação diarreica e de acordo com a aceitação.
4. Orientar pais sobre sinais de desidratação (olhos fundos, boca seca, diminuição da diurese, sede intensa) e retorno à unidade de saúde
Plano B
1. Reidratação oral – mãe deve oferecer SRO em pequenas quantidades de acordo com a sede da criança.
2. SRO: 50 - 100ml/kg em 4 a 6 horas. Avaliação periódica pelo médico, se após este periodo criança estiver hidratada, passar para o Plano A. No caso de fracasso, oferecer solução mais fracionada
3. 20 a 30ml/kg até a reidratação em 2 horas. Avaliar utilização de sonda nasográstrica. Suspender SRO em caso de crise convulsiva, vômitos persistentes, distensão abdominal e ausência de ganho de peso após 2h de instalação da sonda.
4. -Se persistir vômitos, diarréia. abundante e sinais de desidratação grave passar para o Plano C.
Plano C
Hidratação venosa de maneira rápida.
*Desidratação Grave – na ausência do médico na unidade o enfermeiro deve puncionar acesso venoso e instalar SF 0,9%, 20ml/Kg em 30 minutos até a chegada no hospital.

✓ Febre –



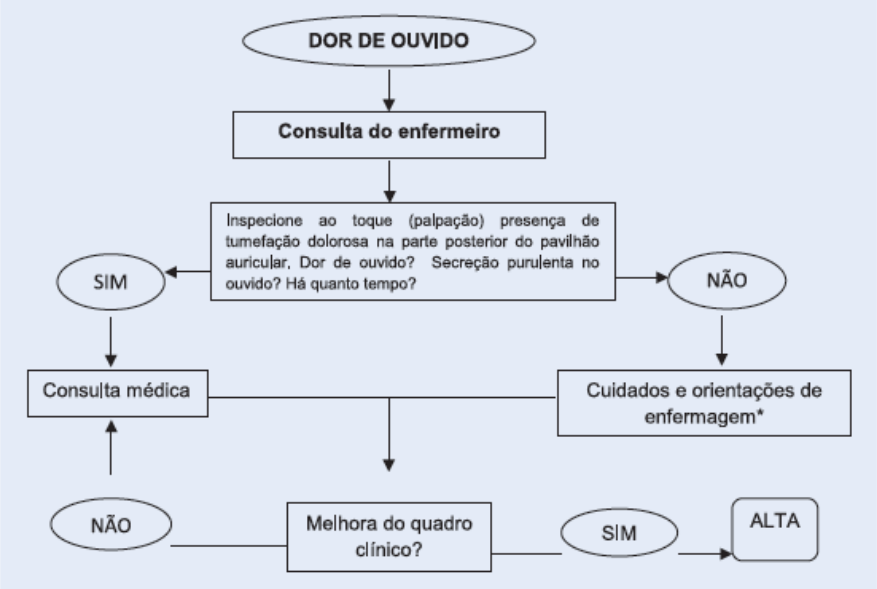
- Orientar uso de antitérmico, enfatizar a importância de seguimento da prescrição:

Idade ou peso	Paracetamol gts 200mg/ml	Dipirona gts 500mg/ml
	1 gt/ kg/ dose	1 gt/ 2 kg/ dose
2 a 11 meses (6 a 9 kg)	6 a 9	3 a 5
1 a 2 anos (10 a 14 kg)	10 a 14	5 a 7
3 a 4 anos (15 a 19 kg)	15 a 19	8 a 9

Fonte: Protocolo Coren RJ,2012 (Adaptado).

- Orientar uso de vestimentas leves;
- Orientar retorno imediato nos cassos de sinais de perigo ou piora do quadro;
- Retono para consulta médica caso persistir a febre.

Dor de ouvido


DOR DE OUVIDO
Consulta do enfermeiro
Inspecione ao toque (palpação) presença de tumefação dolorosa na parte posterior do pavilhão auricular, Dor de ouvido? Secreção purulenta no ouvido? Há quanto tempo?
SIM
NÃO
Consulta médica
Cuidados e orientações de enfermagem*
NÃO
Melhora do quadro clínico?
SIM
ALTA

- Se febre, proceder à prescrição conforme quadro anterior;
- Orientar secagem do pavilhão auditivo com gaze ou algodão e realizar a substituição das mesmas até que o pavilhão auditivo esteja seco;
- Recomendar o uso de compressas mornas e alertar para os riscos de queimaduras.

Alimentação Saudável –

Em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o MS recomenda a operacionalização dos “Dez passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos”.

Dez passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos

Passo 1 - Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.
Passo 2 - Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.
Passo 3 - Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.
Passo 4 - A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.
Passo 5 - A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.
Passo 6 - Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.
Passo 7 - Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
Passo 8 - Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.
Passo 9 - Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.
Passo 10 - Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Fonte: BRASIL, 2010. Adaptado.

Esquema alimentar para os dois primeiros anos de vida de crianças que recebem leite materno

Do nascimento até completar 6 meses	Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
Aleitamento materno exclusivo sob livre demanda	Leite materno sob livre demanda	Leite materno sob livre demanda	Leite materno sob livre demanda
	Papa de fruta	Papa de fruta	Papa de fruta
	Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta, pão simples, tubérculo ou cereal
	Leite materno	Papa salgada	Refeição básica da família

Fonte: BRASIL, 2010. Adaptado.

A proteção à amamentação e a orientação apropriada sobre alimentação devem estar entre as prioridades de ação dos profissionais de saúde que trabalham com a população infantil. No entanto, esses profissionais poderão se deparar com situações de contraindicação ao aleitamento materno ou desmame precoce, por isso necessitarão de informações acerca da alimentação recomendada para a criança que não amamenta.

Volume e numero de refeições lácteas por peso para crianças até 4 meses

Peso da criança	Volume de acordo com número de mamadas/dia			
	8 por dia	7 por dia	6 por dia	5 por dia
2,5 kg	50 mL	60 mL	70 mL	-
3,0 kg	60 mL	70 mL	80 mL	-
3,5 kg	70 mL	80 mL	90 mL	-
4,0 kg	80 mL	90 mL	100 mL	-
4,5 kg	-	90 mL	110 mL	130 mL
5,0 kg	-	100 mL	120 mL	140 mL
5,5 kg	-	110 mL	130 mL	150 mL
6,0 kg	-	-	130 mL	150 mL
6,5 kg	-	-	130 mL	160 ml
7,0 kg	-	-	130 mL	160 mL
7,5 kg	-	-	140 mL	170 mL
8,0 kg	-	-	150 mL	180 mL

Preparação caseira (leite de vaca diluído + óleo + mucilagem):
Peso variando entre os limites de adequação peso/idade de 0 a 4 meses. Avaliar o estado nutricional, acompanhando o crescimento nos gráficos da Caderneta da Criança, e adequar o volume da alimentação láctea quando necessário. Crianças com índice peso/idade ou IMC/idade fora da faixa de normalidade deverão ser encaminhadas para o nutricionista.
Os volumes indicados podem variar com a aceitação da criança.

Esquema alimentar para os dois primeiros anos de vida de crianças que não recebem leite materno

Nascimento até completar 4 meses	Ao completar 4 meses	Ao completar 8 meses	Ao completar 12 meses
Alimentação láctea	Leite	Leite	Leite e fruta ou cereal ou tubérculo
	Papa de fruta	Fruta	Fruta
	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família	Papa salgada ou refeição básica da família
	Papa de fruta	Fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família
	Leite	Leite	Leite

Fonte: BRASIL, 2010.

Para o preparo do leite de vaca integral em pó, deve-se diluir o leite em pó em um pouco de água tratada, fervida e filtrada e, em seguida, adicionar a água restante necessária.

Preparo do leite de vaca integral em pó e fluido

Tipo de leite	Preparo
Leite em pó integral	1 colher rasa das de sobremesa para 100ml de água fervida
	1½ colher rasa das de sobremesa para 150ml de água fervida
	2 colheres rasas das de sobremesa para 200ml de água fervida
Leite integral fluido	2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida
	70ml de leite + 30ml de água = 100ml
	100ml de leite + 50ml de água = 150ml
	130ml de leite + 70ml de água = 200ml

Fonte: BRASIL, 2010. Adaptado.

Recomendações

O preparo de leites artificiais nunca deve ser coletivo;

O leite de vaca integral diluido a 10% ou 2/3 pode necessitar de acréscimos calóricos pela adição de 5% de açúcar, 3% de amido (farinha de milho, aveia, arroz) e 3% de óleo vegetal (BRASIL, 2012).

Não oferecer o mel de abelha para crianças ate 1 ano de idade devido ao risco de transmissão do botulismo, que e causado por uma bactéria chamada *Clostridium botulinum*, risco que existe principalmente devido a deficiência de fiscalização nas propriedades produtoras do mel *in natura*.

ATENÇÃO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO A SAÚDE DO ADOLESCENTE

A quem se destina – Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem da Família;
Objetivo – Padronizar as ações e serviços realizados no âmbito da assistência DST e Abordagem sindromica nas Unidades Básicas do Município de Nordestina.

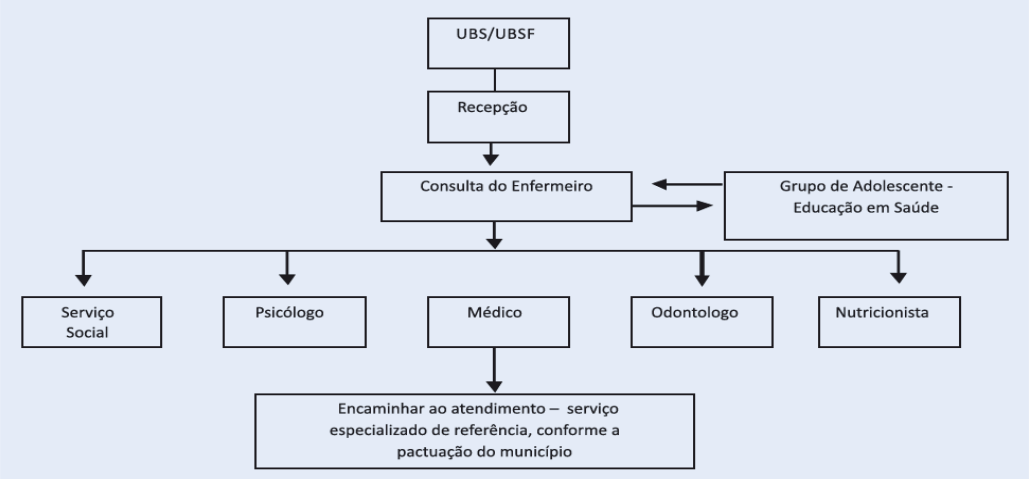
Técnico de Enfermagem –

- ✓ Realizar ações educativas no da assistência ao adolescente e quando necessário na comunidade;
- ✓ Acolhimento com escuta ativa da mulher;
- ✓ Aferir e anotar dados vitais e antropometria;
- ✓ Encaminhar a paciente até o consultório Médicos/Enfermeiro;
- ✓ Administração de medicamentos e realização de procedimentos de acordo com a prescrição do médico/enfermeiro;
- ✓ Auxiliar o médico/enfermeiro nos procedimentos (se necessário).

Enfermeiro –

- ✓ Realizar ações educativas no âmbito da saúde do adolescente englobando as temáticas crescimento e desenvolvimento, hábitos de vida saudável, saúde sexual e reprodutiva, Álcool e outras drogas, gravidez na adolescência, vacinação, dentre outros.
- ✓ Acolhimento com escuta ativa do adolescente.
- ✓ Realizar consulta de enfermagem – (Histórico/Exame físico; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação e Avaliação);
- ✓ Identificar sinais sugestivos de sofrimento psíquico e transtornos mentais e encaminhar para consulta médica e Psicológica;
- ✓ Prestar orientações, em atendimento individual e coletivo, sobre saúde sexual e reprodutiva, com enfoque na prevenção da gravidez na adolescência e DTS/HIV;
- ✓ Ofertar métodos contraceptivos e preservativos após aconselhamento;
- ✓ Solicitar Exames e analisar resultados, inclusive sorologias; prescrever medicações conforme protocolos e outras normativas técnicas do Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/ Secretaria Municipal de Saúde.
- ✓ Utilizar caderneta do adolescente;
- ✓ Realizar notificação de agravos junto ao SINAN;
- ✓ Notificar Violência e quando necessário informar aos demais órgãos competentes;

Fluxo de atendimento ao Adolescente nas USF/UBS



ATENÇÃO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E ABORDAGEM SINDRÔMICA

A quem se destina – Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem da Família;
Objetivo – Padronizar as ações e serviços realizados no âmbito da assistência DST e Abordagem sindromica nas Unidades Básicas do Município de Nordestina.

Técnico de Enfermagem –

- ✓ Realizar ações educativas no âmbito das DST;
- ✓ Acolhimento com escuta ativa da mulher.
- ✓ Aferir e anotar dados vitais e antropometria.
- ✓ Encaminhar a paciente até o consultório Médicos/Enfermeiro.
- ✓ Administração de medicamentos e realização de procedimentos de acordo com a prescrição do médico/enfermeiro.
- ✓ Auxiliar o médico/enfermeiro nos procedimentos (se necessário).
- ✓ Realizar atividades educativas na unidade de saúde e quando necessário na comunidade.

Enfermeiro –

- ✓ Realizar ações educativas no âmbito das DST;
- ✓ Acolhimento com escuta ativa da mulher.
- ✓ Realizar consulta de enfermagem – (Histórico/Exame físico, incluindo exame genital detalhado; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação e Avaliação), incluindo classificação de risco e vulnerabilidade individual e do casal para HIV/DST.
- ✓ Solicitar Exames e analisar resultados, inclusive sorologias; prescrever medicações conforme protocolos e outras normativas técnicas do Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/ Secretaria Municipal de Saúde.
- ✓ Coletar material para exame citopatológico do colo do útero.
- ✓ Realizar aconselhamento, ofertar sorologias, realizar testes rápidos para DST, analisar resultados e encaminhar para outros pontos das RAS, quando necessário;
- ✓ Realizar notificação de agravos junto ao SINAN.
- ✓ Notificar Violência e quando necessário informar aos demais órgãos competentes.
- ✓ Incentivar a adoção de dupla proteção.
- ✓ Ofertar preservativos.

Síndromes clínicas, seus agentes, transmissão e cura

Síndrome	DST	Agente	Tipo	Transmissão Sexual	Curavel
Úlceras	Sífilis	*Treponema pallidum*	bactéria	sim	sim
	Crancro Mole	*Haemophilus ducreyi*	bactéria	sim	sim
	Herpes	*Herpes simplex vírus (HSV-2)*	vírus	sim	não
	Donovanose	*Klebsiella granulomatis*	bactéria	sim	sim
	Linfogranuloma	*Chlamydia trachomatis*	bactéria	sim	sim
Corrimentos	Vaginose bacteriana	múltiplos	bactéria	não	sim
	Candidíase	*Candida albicans*	fungo	não	sim
	Gonorréia	*Neisseria gonorrhoeae*	bactéria	sim	sim
	Clamídia	*Chlamydia trachomatis*	bactéria	sim	sim
	Tricomoníase	*Trichomonas vaginalis*	protozoário	sim	sim
Verrugas	Condiloma	*Papilomavírus Humano*	vírus	sim	não

Fonte: Brasil, 2006

Fluxograma de úlceras genitais

PACIENTE COM QUEIXA DE ÚLCERA GENITAL
ANAMNESE E EXAME FÍSICO
HISTÓRIA OU EVIDÊNCIA DE LESÕES VESICULOSAS?
SIM
NÃO
LESÕES COM MAIS DE 4 SEMANAS?
TRATAR HERPES GENITAL*
TRATAR SÍFILIS E CANCRO MOLE**
NÃO
SIM
ACONSELHAR, OFERECER ANTI-HIV, VDRL, SOROLOGIA PARA HEPATITE B e C. VACINAR CONTRA HEPATITE B, ENFATIZAR ADESÃO AO TRATAMENTO, NOTIFICAR, CONVOCAR PARCEIROS E AGENDAR RETORNO
TRATAR SÍFILIS E CANCRO MOLE. FAZER BIÓPSIA+ TRATAMENTO PARA DONOVANOSE

* Em casos de herpes, tratar sífilis se VDRL ou RPR forem reagentes, o que será visto no retorno. Se o quadro não é sugestivo de herpes, tratar sífilis e cancro mole.

** Se forem lesões ulcerosas múltiplas e soroprevalência de herpes for igual ou maior que 30% na região, deve-se tratar herpes concomitantemente à sífilis e cancro mole.

Opções terapêuticas para úlceras genitais (exceto herpes)

Agente	1ª opção	2ª opção	Outras situações
Sífilis	**Penicilna G Benzatina**, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega), ou	**Doxiciclina** 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias **ou** até a cura clínica (contra-indicado para gestantes e nutrizes);	**Alergia a penicilina - eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, 6/6 horas por 15 dias (ver capítulo específico)
		+	
Cancro mole	**Azitromicina** 1 g VO em dose única, **ou Ciprofloxacina** 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrizes e menores de 18 anos) **ou Eritromicina** (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias.	**Ceftriaxona** 250 mg, IM, dose única;	**Gestantes –** contra-indicado uso de ciprofloxacina. Usar eritromicina ou ceftriaxona Obs: devido aos efeitos adversos da eritromicina tais com intolerância gástrica , utilizar a ceftriaxona pode ser uma alternativa á eritromicina

- Ulcera – presença de lesão anogenital ulcerada, de origem não traumática, excluída a evidência clínica ou antecedente de pequenas lesões vesiculosas, em homem ou mulher, associada ou não à bacterioscopia pelo Gram (com presença de bacilos Gram negativos sugestivos de H. ducreyi) e/ou Treponema pallidum “em campo escuro” positiva, ou sorologia reagente para sífilis.

➢ Tratar SIFILIS (ou Treponema pallidum) - lesão geralmente única, indolor, com fundo liso e brilhante e secreção serosa escassa. É acompanhada de adenopatia regional não supurativa, móvel, indolor, ou VDRL positivo.

No homem, a lesão aparece com maior freqüência na glande e sulco bálano-prepucial. Na mulher nos pequenos lábios, paredes vaginais e colo uterino. São raras, porém ocorrem, as lesões de inoculação em outras áreas que não a genital.

Conduta –

- Penicilina benzatina, 2,4 milhões de UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada Glúteo;
- Pessoas com história de alergia a penicilina - eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas por 15 dias (contra-indicados em gestantes e nutrizes)

✓ Tratar CANCRO MOLE (Haemophilus ducreyi) - São lesões dolorosas, geralmente múltiplas devido à auto-inoculação. A borda é irregular, apresentando contornos eritemato-edematosos e fundo irregular recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido que, quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil. No homem, as localizações mais freqüentes são no frênulo e sulco bálano-prepucial; na mulher, na fúrcula e face interna dos pequenos e grandes lábios.

Conduta -

- Azitromicina 1 g VO em dose única
- Ciprofloxacina 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrizes e menores de 18 anos)
- Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias
- Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única.

✓ Tratar LINFOGRANULOMA VENÉREO (Chlamydia Trachomatis) - inicia-se geralmente por uma lesão de inoculação, caracterizada como pápula, pústula ou exulceração indolor sua evolução - lesão de inoculação, disseminação linfática regional e seqüelas.

Conduta –

- Azitromicina 1 g VO em dose única
- Ciprofloxacina 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrizes e menores de 18 anos)
- Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias
- Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única.

✓ Tratar DONOVANOSE (Klebsiella granulomatis) - lesões podem ser múltiplas, sendo freqüente a sua configuração em “espelho”, em bordas cutâneas e/ou mucosas. Há predileção pelas regiões de dobras e região perianal.

Conduta –

- Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até cura clínica;
- Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica;
- Sulfametoxazol/Trimetoprim (800 mg e 160 mg), VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica;
- Tetraciclina 500 mg, de 6/6 horas, durante 3 semanas ou até cura clínica ;
- Azitromicina 1 g VO em dose única, seguido por 500mg VO/dia por 3 semanas ou até cicatrizar as lesões .

✓ Tratar Herpes (herpes simplex vírus) - Caracteriza-se pelo aparecimento de lesões vesiculosas que, em poucos dias, transformam-se em pequenas úlceras, precedidas de sintomas de ardência, prurido e dor.

Conduta –

- Aciclovir 200 mg, 4/4 hs, 5x/dia, por 7 dias ou 400 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias;
- Valaciclovir 1 g, VO, 12/12, horas por 7 dias;
- Famciclovir 250 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias.

Nas recorrências de herpes genital, o tratamento deve ser iniciado de preferência ao aparecimento dos primeiros pródromos (aumento de sensibilidade, ardor, dor, prurido) com:

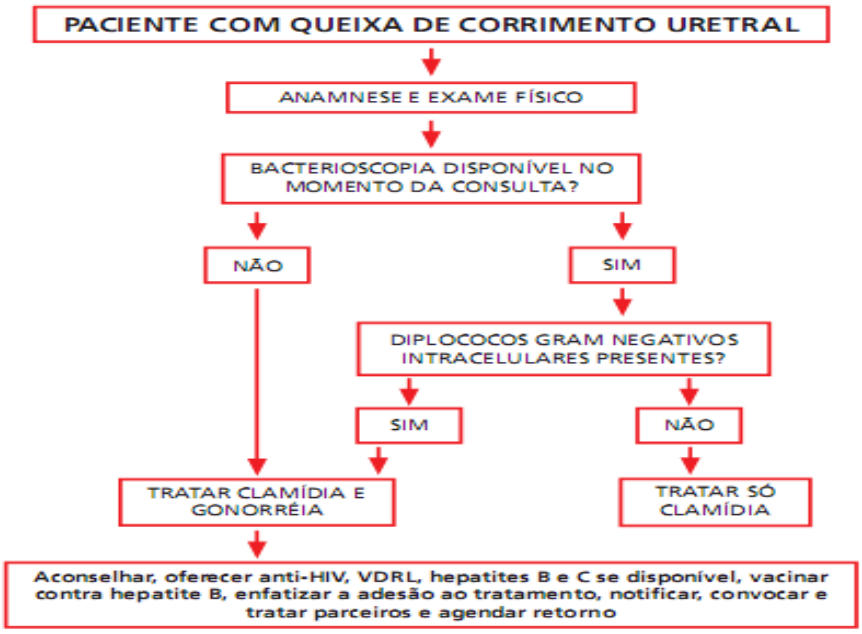
- Aciclovir 400 mg, VO, 8/8 horas, por 5 dias (ou 200 mg, 4/4hs, 5x/dia, 5 dias);
- Valaciclovir 500 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias; ou 1 g dose única diária, 5 dias;
- Famciclovir 125 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias.

Gestantes: tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação.

Em todos os casos:

- Aconselhar e oferecer sorologias anti-HIV, VDRL, hepatite B e C se disponíveis
- Vacinar contra hepatite;
- Abstinência sexual;
- Convocar parceiro;
- Enfatizar adesão ao tratamento;
- Orientar higiene;
- Orientar uso do preservativo
- Marcar o retorno para conhecimento dos resultados dos exames solicitados e para o controle de cura em 7 dias.

Fluxograma para Corrimento Uretral


PACIENTE COM QUEIXA DE CORRIMENTO URETRAL
ANAMNESE E EXAME FÍSICO
BACTERIOSCOPIA DISPONÍVEL NO MOMENTO DA CONSULTA?
NÃO
SIM
DIPLOCOCOS GRAM NEGATIVOS INTRACELULARES PRESENTES?
SIM
NÃO
TRATAR CLAMÍDIA E GONORRÉIA
TRATAR SÓ CLAMÍDIA
Aconselhar, oferecer anti-HIV, VDRL, hepatites B e C se disponível, vacinar contra hepatite B, enfatizar a adesão ao tratamento, notificar, convocar e tratar parceiros e agendar retorno

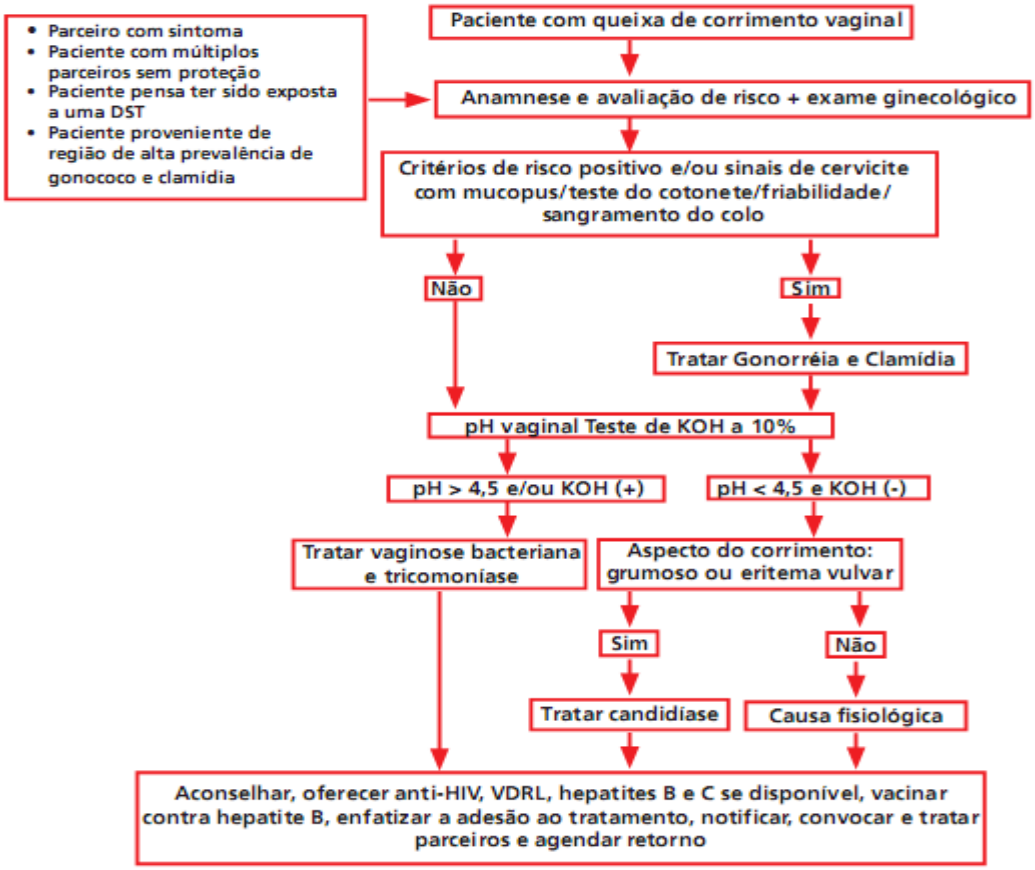
Tratar URETRITE - corrimento uretral purulento ou mucopurulento. Como não se pode descartar a possibilidade de co-infecção pela clamídia, cujo diagnóstico laboratorial exige técnicas raramente disponíveis, recomenda-se, sempre, o tratamento concomitante para as duas infecções.

Opções terapêuticas para corrimentos uretrais

Agente	1ª opção	2ª opção	Outras situações
Clamídia	**Azitromicina** 1 g, VO, em dose única, **ou** **Doxicilina** 100 mg, VO de 12/12 horas, durante 7 dias;	**Eritromicina** (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias **ou** **Tetraciclina** 500mg oral, 4x/dia, 7 dias **ou** **Ofloxacina** 400mg oral, 2x/dia, 7 dias	Em menores de 18 anos contra-indicar ofloxacina
+			
Gonorréia	**Ciprofloxacina** 500 mg, VO dose única; **ou** **Ceftriaxona** 250mg, IM, dose única	**Cefixima** 400 mg, VO, dose única; **ou** **Ofloxacina** 400 mg, VO, dose única, **ou** **Espectinomicina** 2g IM dose única	Em menores de 18 anos está contra-indicado o uso de ciprofloxacina, ofloxacina.

- Orientar o paciente a não ordenhar a uretra, hábitos de higiene, retorno com 07 dias, Aconselhar e oferecer sorologias anti-HIV, VDRL, hepatite B e C se disponíveis, abstinência sexual, oferecer preservativos, comunicar parceiros, orientar adesão ao tratamento.

Fluxograma para Corrimento vaginal


Paciente com queixa de corrimento vaginal
Parceiro com sintoma
Paciente com múltiplos parceiros sem proteção
Paciente pensa ter sido exposta a uma DST
Paciente proveniente de região de alta prevalência de gonococo e clamídia
Anamnese e avaliação de risco + exame ginecológico
Critérios de risco positivo e/ou sinais de cervicite com mucopus/teste do cotonete/friabilidade/ sangramento do colo
Não
Sim
Tratar Gonorréia e Clamídia
pH vaginal Teste de KOH a 10%
pH > 4,5 e/ou KOH (+)
pH < 4,5 e KOH (-)
Tratar vaginose bacteriana e tricomoníase
Aspecto do corrimento: grumoso ou eritema vulvar
Sim
Não
Tratar candidíase
Causa fisiológica
Aconselhar, oferecer anti-HIV, VDRL, hepatites B e C se disponível, vacinar contra hepatite B, enfatizar a adesão ao tratamento, notificar, convocar e tratar parceiros e agendar retorno

- Corrimento Vaginal /Cervical - pode ser de cor branca, acinzentada ou amarelada, acompanhado de prurido, odor ou dor durante a relação sexual. Quando o corrimento é proveniente do orifício cervical, deve-se tratar cervicite.

✓ VAGINOSE - É caracterizada por um desequilíbrio da flora vaginal normal devido ao aumento exagerado de bactérias, principalmente anaeróbias (Gardnerella vaginalis, Bacteroides sp., Mobiluncus sp., micoplasmas, peptoestreptococos), associado a uma ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos, que são os agentes predominantes na vagina normal. Apresenta-se como corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso, com odor fétido. Tratar com (após o primeiro trimestre):

- Banho de acento morno com 1l de água e uma colher de ácido acético (vinagre) por 20 minutos, 2 vezes ao dia, durante 7 dias.
- Metronidazol, 500mg, VO, 12h/12h, por 7 dias;
- Metronidazol 2 g, VO, dose única;
- Metronidazol gel 0,75%, uma aplicação vaginal (5 g), 2 vezes ao dia, por 5 dias;
- Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 h, por 7 dias;
- Clindamicina creme 2%, uma aplicação à noite, por 7 dias.

✓ Candidíase Vulvovaginal - Prurido vulvovaginal, ardor ou dor à micção, o Corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso (“leite coalhado”). Hiperemia, edema vulvar, fissuras e maceração da vulva, dispareunia, fissuras e maceração da pele, o Vagina e colo recobertos por placas brancas ou branco-acinzentadas, aderidas à mucosa. Tratar com:

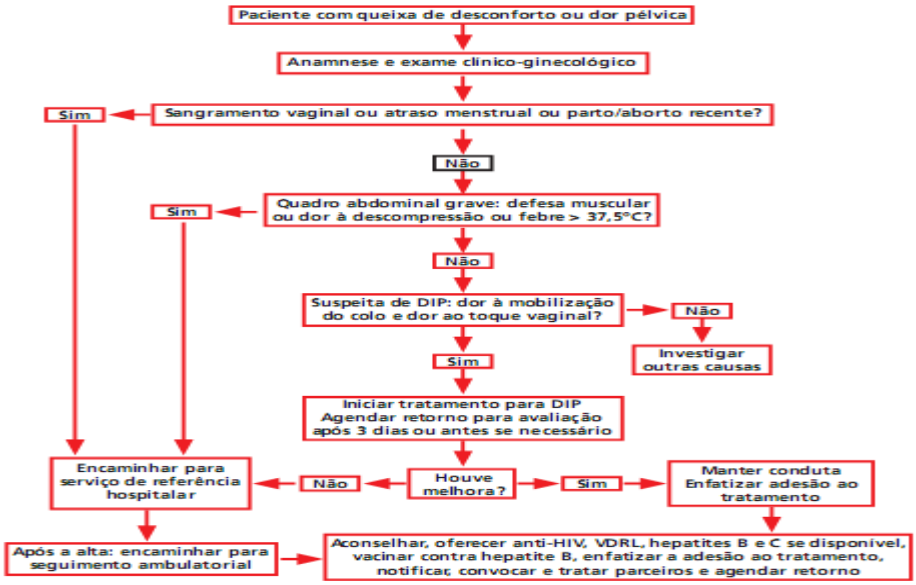
- Banho de acento morno com 1l de água e duas colheres de bicarbonato de sódio por 20 minutos, 2 vezes ao dia, durante 7 dias.
- Miconazol, creme a 2%, via vaginal, uma aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias;
- Clotrimazol, creme vaginal a 1%, uma aplicação via vaginal, noite ao deitar-se, 6 a 12 dias;
- Clotrimazol, óvulos de 100 mg, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias;

- Tioconazol creme a 6,5%, ou óvulos de 300mg, uma aplicação única, via vaginal ao deitar-se;
- Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias.

✓ Tricomoníase - Corrimento abundante, esbranquiçado, amarelado ou amarelo-esverdeado, bolhoso, prurido e/ou irritação vulvar, dor pélvica (ocasionalmente), sintomas urinários (disúria, polaciúria), hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa). Tratar com:

- Banho de acento morno com 1l de água e uma colher de ácido acético (vinagre) por 20 minutos, 2 vezes ao dia, durante 7 dias.
- Metronidazol 2g, VO, dose única;
- Metronidazol 500mg 12/12hs, VO, 7 dias;
- Secnidazol 2g, VO, dose única;
- Tinidazol 2g, VO, dose única.

Fluxograma para Desconforto e dor pélvica


Paciente com queixa de desconforto ou dor pélvica
Anamnese e exame clínico-ginecológico
Sangramento vaginal ou atraso menstrual ou parto/aborto recente?
Sim
Não
Quadro abdominal grave: defesa muscular ou dor à descompressão ou febre > 37,5°C?
Sim
Não
Suspeita de DIP: dor à mobilização do colo e dor ao toque vaginal?
Não
Investigar outras causas
Sim
Iniciar tratamento para DIP
Agendar retorno para avaliação após 3 dias ou antes se necessário
Houve melhora?
Não
Sim
Encaminhar para serviço de referência hospitalar
Manter conduta
Enfatizar adesão ao tratamento
Após a alta: encaminhar para seguimento ambulatorial
Aconselhar, oferecer anti-HIV, VDRL, hepatites B e C se disponível, vacinar contra hepatite B, enfatizar a adesão ao tratamento, notificar, convocar e tratar parceiros e agendar retorno

Opções Terapêuticas para DIP leve, sem sinais de peritonismo ou febre (tratamento ambulatorial)

Esquema 1	**Ceftriaxona** 250 mg, IM, dose única		**Doxiciclina** 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias		**Metronidazol** 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias
Esquema 2	**Ofloxacina** 400 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias **Ou** **Ciprofloxacina** 500 mg 12/12horas por 14 dias.	+	**Doxiciclina** 100 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias	+	**Metronidazol** 500 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias

- Orientações ao paciente – Repouso, abstinência sexual, retirar o DIU se usuária (após pelo menos 6h de cobertura com antibiótico);
- Tratamento sintomático (analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios não hormonais).
- Retorno com 03 dias; Não havendo melhora do quadro, a paciente deverá ser encaminhada para tratamento hospitalar com antibiótico endovenoso;

- Incluir as ações complementares: aconselhar, oferecer VDRL, sorologia hepatite B e anti-HIV; Comunicar parceiro; Notificação ao SINAN;

✓ Verrugas genitais - caracterizam-se como lesões verrucosas, isoladas ou agrupadas, úmidas ou secas e queratinizadas, geralmente localizadas na vulva, no períneo e na região perianal. Podem ser subclínicas e afetar o colo uterino. Alguns subtipos do HPV são fortemente associados à neoplasia cervical (subtipos 16, 18, 31 e 35).

Na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização, sejam pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período. Preferencialmente, as lesões devem ser tratadas no segundo trimestre gestacional.

Conduta

- Pessoas que apresentam verrugas genitais devem ser encaminhadas imediatamente para consulta médica na USF e referenciadas para consulta Ginecológico-Obstétrica de referência.
- Em todos os casos orientar: Aconselhar e oferecer sorologias anti-HIV, VDRL, hepatite B e C se disponíveisVacinar contra hepatite; Abstinência sexual;
- Convocar parceiro;Enfatizar adesão ao tratamento;
- Orientar higiene; Orientar uso do preservativo Marcar o retorno para conhecimento dos resultados dos exames solicitados e para o controle de cura em 7 dias.

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

A quem se destina – Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem da Família;
Objetivo – Padronizar as ações e serviços realizados no âmbito da assistência ao sintomático respiratório e portador de tuberculose nas Unidades Básicas do Município de Nordestina.

A tuberculose é uma doença curável em praticamente 100% dos casos novos, sensíveis aos medicamentos antiTB, desde que obedecidos princípios básicos da terapia medicamentosa e adequada operacionalização do tratamento.

Associação de medicamentos adequados, as doses corretas e o uso por tempo suficiente são os princípios básicos para o adequado tratamento, evitando persistência bacteriana e desenvolvimento0 de resistência aos fármacos, assegurando assim, a cura do paciente. O tratamento dos bacilíferos é a atividade prioritária para o controle da tuberculose, uma vez que permite interromper a cadeia de transmissão.

FLUXO DE ATENDIMENTO DE PACIENTE COM TB NA UNIDADE DE SAÚDE

Identificação do sintomático respiratório pelos profissionais de saúde
Atendimento de enfermagem
Solicitação da baciloscopia do escarro
Resultado negativo, sem sintomas
Resultado negativo, com sintomas
Resultado positivo**
Orientação
Consulta médica*
Encaminha para consulta médica
Enfermeiro inicia o esquema básico da TB conforme protocolo do MS

Notas: * Os casos de Sintomáticos Respiratórios com baciloscopia negativa e persistência dos sintomas respiratórios, encaminhar ao médico para avaliação e conduta.

** No caso de o serviço ter médico, encaminhar o paciente imediatamente para a consulta, caso contrário, o Enfermeiro inicia o tratamento e agenda a consulta para o médico a seguir.

Técnico de Enfermagem –

- ✓ Identificar na Unidade de Saúde, na comunidade e no domicílio, sintomáticos respiratórios e encaminhar para consulta com o médico/enfermeiro;
- ✓ Acolhimento com escuta ativa do usuário;
- ✓ Aferir e anotar dados vitais e antropometria;
- ✓ Encaminhar o usuário até o consultório Médico/Enfermeiro;
- ✓ Administração de medicamentos e realização de procedimentos de acordo com a prescrição do médico/enfermeiro;
- ✓ Auxiliar o médico/enfermeiro nos procedimentos (se necessário);
- ✓ Realizar atividades educativas na unidade de saúde e quando necessário na comunidade;

Enfermeiro:

- ✓ Identificar os sintomáticos respiratórios; iniciar o tratamento dos casos novos de TB pulmonar com BAAR positivo;
- ✓ Realizar consulta de enfermagem;
- ✓ Solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme o protocolo municipal e outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde;
- ✓ Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- ✓ Aplicar a vacina BCG; fazer teste tuberculínico (caso não tenha capacitação para tal, encaminhar para a unidade de referência);
- ✓ Convocar os contatos e iniciar investigação;
- ✓ Orientar pacientes e familiares quanto ao uso da medicação, esclarecer dúvidas e desmistificar tabus e estigmas;
- ✓ Convocar o doente faltoso à consulta e o que abandonar o tratamento;
- ✓ Realizar assistência domiciliar, quando necessário e notificar os casos confirmados de tuberculose.

ESQUEMA DE TRATAMENTO

Em 2009, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, com seu Comitê Técnico Assessor, reviu o sistema de tratamento da TB no Brasil. Com base nos resultados preliminares do II inquérito Nacional de Resistência aos medicamentos antiTB, que mostrou aumento da resistência primária a Isoniazida (de 4,4 para 6,0%), deve-se introduzir o Etambutol como quarto fármaco na fase intensiva de tratamento (dois primeiros meses) do esquema básico.

A apresentação farmacológica desse esquema passa ser em comprimidos de dose fixas combinadas dos quatro medicamentos (RHZE), nas seguintes dosagens: R 150mg, h 75 mg, Z 400 mg e 275 mg.

ESQUEMAS PRECONIZADOS SEGUNDO SITUAÇÃO DE TRATAMENTO DO PACIENTE NA UNIDADE DE TRATAMENTO

Situação	Esquema indicado	Local de realização
Caso Novo	Esquema básico	Atenção Básica
Com tratamento anterior: Recidiva após cura – RC Retorno após abandono – RA	Esquema básico até o resultado da cultura e TS	Atenção Básica ↓ Referência terciária (dependendo do resultado do TS)
Tratamentos especiais: hepatopatias, efeitos colaterais maiores, HIV/aids, uso de imunossupressores	Esquemas especiais	Referência secundária
Tuberculose meningoencefálica	Esquema para meningoencefalite	Hospitais inicialmente
Falência por multirresistência, mono e polirresistência ao tratamento antiTB	Esquemas especiais para mono/poli e multirresistência	Referência terciária

ESQUEMA BÁSICO PARA O TRATAMENTO DA TB EM ADULTOS E ADOLESCENTES

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE 150 mg/75 mg/400 mg/275 mg comprimido em dose fixa combinada	20 kg a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 kg a 50 kg	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	
4RH Fase de manutenção	RH Comprimido ou cápsula de 300 mg/200 mg ou de 150 mg/100 mg ou comprimidos de 150/75*	20 kg a 35 kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg ou 2 comprimidos de 150/75*	4
		36 kg a 50 kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200 + 1 comprimido ou cápsula de 150/100mg ou 3 comprimidos de 150/75*	
		> 50 kg	2 comprimidos ou cápsulas de 300/200mg ou 4 comprimidos de 150/75*	

Obs.:
1. Nos casos de concomitância entre tuberculose meningoencefálica e qualquer outra localização, usar o esquema para a forma meningoencefálica.
2. Na meningoencefalite tuberculosa deve ser associado corticosteróide ao esquema antiTB: Prednisona oral(1 -2 mg/ kg /dia) por quatro semanas ou Dexametasona intravenoso nos casos graves (0.3 a 0.4 mg/kg/dia), por quatro a oito semanas, com redução gradual da dose nas quatro semanas subseqüentes.
3. A fisioterapia na tuberculose meningoencefálica deverá ser iniciada o mais cedo possível

ESQUEMA BÁSICO TRATAMENTO DA TB MENINGOENCEFALICA ADULTOS E ADOLESCENTES

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE 150 mg/75 mg/400 mg/275 mg comprimido em dose fixa combinada	20 kg a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 kg a 50 kg	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	
7RH Fase de manutenção	RH Comprimido ou cápsula de 300/200 ou de 150/100 ou comprimidos de 150/75*	20 kg a 35 kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg ou 2 comprimidos de 150/75*	7
		36 kg a 50 kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200 + 1 comprimido ou cápsula de 150/100mg ou 3 comprimidos de 150/75*	
		> 50 kg	2 comprimidos ou cápsulas de 300/200mg ou 4 comprimidos de 150/75*	

ESQUEMA BÁSICO PARA TRATAMENTO DE TB EM CRIANÇAS < DE 10 ANOS

Fases do tratamento	Fármacos	Peso do doente			
		Até 20 kg	>21 kg a 35 kg	>36 kg a 45 kg	> 45 kg
		mg/kg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia
2 RHZ Fase de ataque	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
4RH Fase de manutenção	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

OBS. Os medicamentos deverão ser administrados preferencialmente em jejum (uma hora antes do café da manhã) em, uma única tomada, ou em caso de intolerância digestiva, após uma refeição.

REAÇÕES ADVERSAS

As reações adversas podem ser divididas em dois grandes grupos: reações adversas menores, em que normalmente não é necessário a suspensão do medicamento antiTB e reações adversas maiores, que normalmente causam a suspensão do tratamento.

EFEITOS ADVERSOS MENORES AO TRATAMENTO ANTI TB

Efeito adverso	Provável(eis) fármaco(s) responsável(eis)	Conduta
Náusea, vômito, dor abdominal	Rifampicina Isoniazida Pirazinamida Etambutol	Reformular o horário da administração da medicação (duas horas após o café da manhã ou com o café da manhã); considerar o uso de medicação sintomática; e avaliar a função hepática
Suor/urina de cor avermelhada	Rifampicina	Orientar
Prurido ou exantema leve	Isoniazida Rifampicina	Medicar com anti-histamínico
Dor articular	Pirazinamida Isoniazida	Medicar com analgésicos ou anti-inflamatórios não hormonais
Neuropatia periférica	Isoniazida (comum) Etambutol (incomum)	Medicar com piridoxina (vitamina B6) na dosagem de 50 mg/dia
Hiperuricemia sem sintomas	Pirazinamida	Orientar dieta hipopurínica
Hiperuricemia com artralgia	Pirazinamida Etambutol	Orientar dieta hipopurínica e medicar com alopurinol e colchicina, se necessário
Cefaleia, ansiedade, euforia e insônia	Isoniazida	Orientar

EFEITOS ADVERSOS MAIORES TRATAMENTO ANTI TB

Nota:
Não existe contra indicação o tratamento da TB em gestantes, possibilitando diminuir o risco de transmissão ao feto e ao recém-nascido. Também não há contra-indicação a amamentação, desde que a mãe não seja portadora de mastite tuberculosa. É recomendável, entretanto, que faça uso de mascara cirúrgico ao amamentar e cuidar da criança.

CONTROLE DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE
O controle do tratamento consiste na execução de atividades programáticas que permitem o acompanhamento da evolução da doença, na utilização correta dos medicamentos e no sucesso terapêutico, portanto recomenda-se:

- ✓ Recomenda-se a quimioprofilaxia em recém-nascidos co-habitantes de caso índice de baculíferos. Nesse caso o RN não deve ser vacinado de BCG ao nascer. Administra-se a Isoniazida por três meses e, após esse período faz-se a prova tuberculínica – PT. Se o resultado for maior ou igual a 5 mm, a quimioprofilaxia deve ser mantida por mais três meses. Caso contrario deve –se suspender o uso da Isoniazida e vacinar com BCG.
- ✓ Tratar a infecção latente com quimioprofilaxia por um período mínimo de 6 meses, conforme indicação a seguir;

  Crianças contatos de casos bacilíferos:
  PT igual ou superior a 5 mm em crianças não vacinada com BCG, criança vacinada há mais de 2 anos ou qualquer condição imunossupressora.
  PT igual ou superior a 10 mm em criança vacinada com BCG há menos de 2 anos.
  Crianças que adquiriram ILTB até 5 anos – grupo de risco para tratamento de ILTB.
  Em adultos e3 adolescentes
  Adultos e adolescentes maiores de 10 anos co ILTB, a relação risco-benefício do tratamento com H deve ser avaliada, pelo alto risco de Hepatotoxidade.
  Observação: Caso o PT seja > 10 mm – repetir de 1 a 3 semanas para avaliação do efeito booster. Se o efeito booster for positivo não repetir o PT.

- ✓ Pessoas com sinais e sintomas compatíveis com TB devem ser submetidas à baciloscopia de escarro, RX de tórax e outros exames de acordo com cada caso.
- ✓ Solicitar cultura de escarro se necessário, prova tuberculínica e teste de HIV sob autorização e aconselhamento.
- ✓ Caso confirmados realizar notificação e encaminhar a VE Municipal a ficha de investigação do SINAN.
- ✓ Realizar um atendimento humanizado do paciente, através de uma escuta significativa. Acolher todas as queixas ou relato do mesmo. Esse atendimento qualificado vai proporcionar melhor adesão ao tratamento, portanto explicar sobre a doença, a duração do tratamento prescrito, agravos ou conseqüência advindos da interrupção do tratamento, importância da regularidade do tratamento e etc.
- ✓ Realizar busca de sintomáticos respiratórios. Pessoas com tosse por tempo igualou superior a três semanas (registrar em livro próprio). Visa descobrir precocemente os baciliferos. Solicitar duas amostras de escarro A 1ª no momento do atendimento mesmo que não esteja em jejum a 2ª no dia seguinte ao despertar independente do resultado da primeira.

Obs. Em caso de suspeita clínica e RX sugestivo de TB e as duas forem Negativa orienta-se solicitar mais amostras.

- ✓ Realizar busca de contatos de todas as pessoas que convive no mesmo ambiente com o caso índice no momento do diagnóstico da TB. Crianças menores de 5 anos e pessoas vivendo com HIV/AIDS e portadores de condições de alto risco devem ser considerados prioritários no processo de avaliação de contatos e tratamento de ILTB.
- ✓ Sempre que possível realizar visita domiciliar para melhor entendimento das circunstâncias que caracterizaram os contatos identificados.
- ✓ Todos os contatos serão convidados a comparecer à unidade de saúde para serem avaliados criteriosamente com anamnese e exame físico.
- ✓ A avaliação dos contatos deve ser registrada em prontuário e fichas específicas. Devem ser informado em livro de registro próprio de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose.
- ✓ Os contatos que não forem constatados TB, deverão ser orientados a retornar a unidade de saúde, em caso de aparecimento de sinais e sintomas sugestivos de TB.
- ✓ Fazer esclarecimento sobre a doença ao caso e contatos, incluindo sintomatologia, modo de transmissão, riscos de adoecimento, esquema de tratamento, formas de prevenção, exames a serem realizados para o diagnóstico da enfermidade.
- ✓ Uma vez diagnosticado a TB, deve-se iniciar imediatamente o tratamento diretamente supervisionado com prescrição da medicação do esquema básico de TB, observando as disposições legais da profissão e conforme protocolo ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da saúde.
- ✓ Orientar o paciente sobre a transmissão da doença. Incluindo cuidados ao tossir e espirrar e higienizar as mãos após tossir ou espirrar.
- ✓ Lembrar da orientação para que a coleta do escarro seja feita em ambiente arejado, claro e longe de outras pessoas ou em local aberto.
- ✓ O acompanhamento do paciente deve ser mensal.
- ✓ A radiografia do tórax deve ser realizada com um mês de tratamento ambulatorial, para confirmar a melhora, com diminuição dos achados anteriores ou para afastar outras doenças. O 2º RX deve ser solicitado ao termino do tratamento.
- ✓ Solicitar mensalmente uma baciloscopia de escarro para acompanhamento do tratamento.
- ✓ Realizar acompanhamento através do relatório do SINAN mensalmente, fazendo atualização dos dados.
- ✓ Dar alta por cura aos pacientes após tratamento.
- ✓ Orientar o paciente a procurar a unidade quando surgirem sintomas semelhantes aos do inicio da doença.

AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA HANSENÍASE

A hanseníase ainda constitui relevante problema de saúde pública no Brasil caracterizando-se por seu alto potencial incapacitante. O estigma e a discriminação social gerados pelas incapacidades físicas podem afetar a qualidade de vida das pessoas doentes e suas famílias O controle da hanseníase é baseado no diagnóstico precoce de casos, no tratamento e na cura. O tratamento possibilita a eliminação de fontes de infecção e a prevenção de sequelas. A assistência de enfermagem é parte integrante desse processo de cura e deve estar de acordo com a proposta da Linha de Cuidado da Hanseníase.
Neste contexto, o acolhimento na Hanseníase perpassa todo o cuidado à pessoa, envolvendo fortalecimento de vínculo, escuta cuidadosa, humanização da assistência, o olhar ao indivíduo no seu contexto de vida como ser integral e o apoio em situações de insegurança, preconceito e discriminação em relação à doença.

Técnico de Enfermagem –

- ✓ Identificar na Unidade de Saúde, na comunidade e no domicílio, usuários com manchas características de Hanseníase e encaminhar para consulta com o médico/enfermeiro;
- ✓ Acolhimento com escuta ativa do usuário;
- ✓ Aferir e anotar dados vitais e antropometria;
- ✓ Encaminhar o usuário até o consultório Médico/Enfermeiro;
- ✓ Administração de medicamentos e realização de procedimentos de acordo com a prescrição do médico/enfermeiro;
- ✓ Auxiliar o médico/enfermeiro nos procedimentos (se necessário);
- ✓ Realizar atividades educativas na unidade de saúde e quando necessário na comunidade;

Enfermeiro

ACOLHIMENTO DO USUÁRIO - é uma das condições determinantes na adesão do paciente ao tratamento. A abordagem humanizada e integral do portador de hanseníase permitirá logo no primeiro contato diminuir as barreiras do estigma, preconceito e sofrimento enfrentados pelos pacientes. No primeiro contato deverão ser discutidos detalhes da doença e o papel da equipe na sua visão técnica e humanitária.
Componentes do Acolhimento:
Acesso ao Diagnóstico: Todos os profissionais que atuam na rede básica de saúde devem estar sempre atentos à suspeição diagnostica da hanseníase. Devem, portanto, estar capacitados para identificar sinais e sintomas em pessoas atendidas na unidade de saúde, na demanda espontânea na comunidade em geral ou em grupos específicos;

- ✓ Encaminhamento para Unidade Básica de Saúde;
- ✓ Avaliação por equipe multidisciplinar antes de encaminhá-lo para a consulta médica que confirmará ou não o diagnóstico;
- ✓ Confirmação do diagnóstico e início do tratamento;
- ✓ Orientação do paciente para não sofrer nenhum tipo de restrição em relação às suas atividades cotidianas relacionadas com a família, trabalho, escola e lazer;
- ✓ Convocação dos contatos intra-domiciliares se o caso for confirmado;
- ✓ Encaminhamento quando necessário aos Serviços de Referência da Regional de Saúde;
- ✓ Apoio à família para participar ativamente das ações preventivas e tratamento adequado do paciente.

CONSULTAS SUBSEQÜENTES
As consultas subsequentes são mensais com objetivo de administrar a dose supervisionada do tratamento quimioterápico, assim como observar:
Queixas gerais – para identificar sinais e sintomas de surtos reacionais e efeitos adversos dos medicamentos utilizados;

- ✓ Exame clínico geral e dermatoneurológico completo, a serem realizados a cada 03 meses;
- ✓ Avaliação neurológica simplificada a qual poderá ser realizada com menor periodicidade, semanalmente ou quinzenalmente no caso do paciente apresentar surto reacional;
- ✓ Encaminhar para os centros de referencia e/ou outros profissionais em caso de intercorrências.

EXAME DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES

O exame de contatos poderá ser realizado pelo enfermeiro e deve abranger:

- ✓ Anamnese, dirigida a sinais e sintomas da Hanseníase;
- ✓ Exame dermatoneurológico (exame da superfície corporal, palpação de Troncos nervosos);
- ✓ Aplicar vacina BCG-ID em todos os contatos intradomiciliares após avaliação dermatoneurologica, observando-se os seguintes casos:
  Na ausência de cicatriz faz-se uma dose de BCG
  Na presença de uma cicatriz, faz-se uma dose de BCG;
- ✓ Se o contato apresenta lesões suspeitas de hanseníase encaminhar para consulta médica.

TRATAMENTO DA HANSENÍASE

O tratamento é realizado por meio da poliquimioterapia (PQT), seguindo esquemas de acordo com a classificação do paciente.

- ✓ Casos Paucibacilares:

Tratar com 06 blisteres de paucibacilar sendo:

Blister de Adulto (Dose supervisionada com 600 mg de Rifampicina e 100 mg de Dapsona, a cada 28 dias) num total de 06 doses num período máximo de 9 meses; Dose auto-administrada com 100 mg de Dapsona, diárias, num total de 27 comprimidos.

Blister Infantil (Dose supervisionada com 300mg a 450mg de Rifampicina, 50mg de Dapsona, a cada 28 dias num total de 06 doses, num período máximo de 9 meses; Dose auto-administrada com 50 mg de dapsona, diárias, num total de 27 comprimidos.

- ✓ Casos Multibacilares:

Tratar com 12 blisteres de multibacilar sendo:

Blister de Adulto:

Dose supervisionada com 600 mg de Rifampicina, 300 mg de Clofazimina e 100 mg de Dapsona, a cada 28 dias, num total de 12 doses, num período máximo de 18 meses; Dose auto-administrada com 100 mg de Dapsona e 50 mg de Clofazimina, diárias, num total de 27 unidades de cada uma;

Blister infantil:

Dose supervisionada com 300 a 450 mg de Rifampicina, 150 mg de Clofazimina e 50 mg de Dapsona, a cada 28 dias, num total de 12 doses, num período máximo de 18 meses; Dose auto-administrada com 50 mg de Dapsona diária, num total de 27 unidades, e 150 mg de Clofazimina por semana, num total de 13 unidades. Crianças com menos de 30 kg deverão ter a dose ajustada por quilo de peso corporal:

• Dapsona 1,5 mg/kg/dia
• Clofazimina 1,5 mg/kg na dose auto-administrada e 5 mg/kg na dose supervisionada
• Rifampicina 10 a 20 mg/kg

Os esquemas alternativos utilizam medicamentos de 2ª linha como ofloxacina e minociclina.

Pacientes que apresentarem reações adversas aos medicamentos do esquema padrão deverão ser encaminhados às unidades de referência, para avaliação e indicação de esquemas alternativos, que é competência das Unidades de Média Complexidade.

ACOMPANHAMENTO DOS TRATAMENTOS SEGUNDO RISCO

- Baixo risco - A maioria dos pacientes cursa o tratamento sem maiores intercorrências, tomando a medicação como previsto em 6 ou 12 doses e, em seguida, recebendo a alta por cura;
- Alto risco - São aqueles casos que requerem maior atenção e encaminhamento para as unidades de referência para avaliação. São os seguintes:

• Diagnósticos e tratamentos tardios podem levar os pacientes a apresentar seqüelas nos olhos, nariz, mãos e pés;
• Surtos reacionais repetitivo;
• Reações adversas aos medicamentos do esquema padrão.
- O tratamento indicado para casos de recidiva é a PQT padrão;
- O critério de alta adotado pela OMS e pelo MS é ter completado o esquema terapêutico padrão.

CRITÉRIOS PARA ALTA

Casos Paucibacilares - Serão considerados curados os pacientes que completarem as 06 doses supervisionadas num período de até 09 meses. O paciente faltoso pode ter as doses anteriores contabilizadas desde que o período de 9 meses não seja ultrapassado.

Casos Multibacilares - Serão considerados curados os pacientes que completarem as 12 doses supervisionadas num período de até 18 meses. O paciente faltoso pode ter as doses anteriores contabilizadas desde que o período de 18 meses não seja ultrapassado.

QUADRO DAS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE

ATRIBUIÇÕES	PROFISSIONAIS			
	MEDICO	ENFº	T. ENF	ACS
Fazer levantamento epidemiológico e operacional	X	X	X	X
Planejar ações de assistência e controle do Paciente/contato e programar atividades segundo normas vigentes	X	X		
Prever material necessário p/ prestação do cuidado	X	X	X	
Promover mobilização social, em parceria com agentes de comunicação, lideranças comunitárias, organizações governamentais e não governamentais na comunidade	X	X	X	X
Executar ações de educação em saúde	X	X	X	X
Realizar visitas domiciliares para busca ativa de casos suspeitos, faltosos e contatos	X	X	X	X
Aplicar técnicas simples de atividades de vida diária em pacientes de hanseníase	X	X	X	
Identificar as incapacidades físicas (grau de incapacidade) e aplicar técnicas simples de prevenção e tratamento das incapacidades físicas	X	X	X	
Avaliação clínica dermato-neurológica (simplificada) e do estado geral do paciente	X	X		
Diagnosticar, classificar, tratar e dar alta de hanseníase / identificar e tratar reações hansênicas	X	X		
Identificar e encaminhar pacientes com reações hansênicas e/ou medicamentosas para confirmação Diagnóstica		X	X	
Dispensar medicamentos		X	X	
Fazer supervisão da dose medicamentosa, em domicilio.	X	X	X	X

DIABETES MELLITUS

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.

Classificação do níveis glicêmicos em adultos

Glicemias (mg/dl) / Categorias	*Jejum mínimo de 8h*	2hs após 75g de glicose	Casual
Normal	70 a 99	até 139	-
Tolerância à glicose diminuída	100 a 125	140 a 199	-
Diabetes	≥126	≥200	≥200 com sintomas

Classificação do Diabetes:

- Diabetes tipo 1

Resultado da destruição das células beta pancreáticas produtoras de insulina por mecanismos auto-imunes, levando à deficiência absoluta de insulina, que necessita de reposição para evitar cetoacidose, coma e morte. Também conhecido como diabetes insulinodependente, seu pico de incidência é entre dez e quatorze anos de idade.

- Diabetes tipo 2

Representa 90% dos casos de diabetes, em geral manifesta-se mais tardiamente em relação ao tipo 1 e seu risco aumenta com a idade. Sua prevalência chega a 8% da população maior de trinta anos. Designa uma deficiência relativa de insulina, geralmente relacionada à resistência do organismo à ação da insulina que se manifesta a partir da incapacidade do organismo de aumentar a produção de forma compensatória.

- Diabetes Gestacional e outras formas

Decorrente das alterações de glicemia relacionadas ao período gestacional, pode se manifestar desde a fase precoce da gravidez, com pico de manifestação de 25 semanas, ou em qualquer fase. Gestantes com Glicemia de jejum > 85mg/dl, na primeira avaliação pré natal deverão ser orientadas ao aconselhamento médico especializado, e com Glicemias >110 mg/dl, deverão ter solicitação de nova glicemia de jejum e ser encaminhada ao médico endocrinologista e ou obstetra de alto risco.
As outras formas de Diabetes referem-se a defeitos genéticos, doenças do pâncreas exócrino e associado a endocrinopatias ou induzido por drogas.

Diagnóstico e Rastreamento:
De acordo com o Caderno 16 do Ministério da Saúde é recomendado o rastreamento de diabetes em adultos assintomáticos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg. Para essa população, o enfermeiro deverá **solicitar uma glicemia de jejum** de oito a doze horas. Caso o resultado seja superior a 126 mg/dl (ALTO RISCO DE DM), deve ser realizado o encaminhamento para a consulta médica, já com a solicitação de um novo exame de glicemia de jejum que será avaliado nessa ocasião. Resultados entre 101 e 125 mg/dl deverão ser encaminhados para consulta médica para avaliação da necessidade de novos exames (TOTG e A1C, entre outros).

Fatores de Risco:
Entre os fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes encontram-se:

- Idade superior a quarenta e cinco anos;
- Sobrepeso (IMC >=25);
- Obesidade central (cintura abdominal > 94 para homens e > 80 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas);
- Antecedente familiar de diabetes;
- Hipertensão arterial (> 140/90 mmHg).
- Colesterol HDL d”35 mg/dL e/ou triglicerídeos e”150 mg/dL.
- Dislipidemia;
- História de macrossomia ou diabetes gestacional;
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos;
- Doença cardiovascular;
- Cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Embora o rastreamento do diabetes não esteja indicado nessas situações em indivíduos assintomáticos, devem ser intensificadas as ações de promoção e prevenção e feita à orientação dos usuários com relação aos sintomas da doença e procura do serviço de Saúde caso eles venham a se manifestar.

Sintomatologia:
Os sintomas clássicos de diabetes são:

- Poliúria,
- Polidipsia,
- Polifagia
- Perda involuntária de peso.

Na presença de todos eles, o enfermeiro poderá **solicitar a glicemia** de jejum e proceder da mesma forma como no rastreamento. Deverá, ainda, ser realizada a glicemia capilar, e valores superiores a 200 mg/ml são indicativos de Diabetes demandando marcação de consulta médica de imediato, com solicitação da glicemia de jejum para ser avaliada quando desta consulta. Valores inferiores devem ser acompanhados de solicitação da glicemia de jejum pelo enfermeiro e avaliação do resultado da mesma forma como no rastreamento.

Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição. Algumas vezes o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica.

Entretanto, o diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos, a suspeita clínica ocorrendo então a partir de fatores de risco para o diabetes.

Nesses casos, especialmente quando associado a um ou mais fatores de risco, o usuário poderá ser encaminhado para avaliação médica para posterior investigação, com prévia solicitação de glicemia de jejum.

A anamnese deve contemplar:

- Queixas, sintomas e intercorrências desde a última consulta;
- História ponderal e alimentação;
- Avaliação do risco cardiovascular;
- Atividade física e outras questões relacionadas ao estilo de vida;
- Uso de medicamentos incluindo automedicação, medicações de uso contínuo e esporádico;
- Infecções prévias e atuais;

- Adesão ao tratamento e alcance de metas estabelecidas em seu plano terapêutico em especial com relação à alimentação e atividade física;
- Dúvidas, crenças com relação à doença e dificuldades com relação ao tratamento;
- Fatores sociais e ocupacionais relevantes;
- Aparecimento ou persistência de efeitos colaterais relacionados às medicações em uso;
- Resultados de exames;

Exame físico:

- Peso, altura e circunferência abdominal;
- Aferição da PA**;**
- Frequência cardíaca e pulsos periféricos;
- Edema;
- Presença de lesões de pele;
- Exame dos pés- Todo paciente diabético deve passar por uma consulta, com um enfermeiro treinado, para avaliação dos pés. O enfermeiro deve ser capaz de detectar, classificar e se necessário, encaminhar as lesões nos pés, de acordo com a classificação.

Categoria de risco e encaminhamento (SBACV, 2001 e Classificação de Wagner)

Categorias de Risco	Sensibilidade	Deformidade/ Hiperceratose	Ulcera	Encaminhamento
Grau 0	Presente	Ausente	Ausente	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 6 meses ou anual*
Grau 1	Ausente	Ausente	Ausente	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 3 ou 6 meses*
Grau 2	Ausente	Presente	Ausente	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 3 meses. Encaminhamento para Terapia Ocupacional*
Grau 3	Ausente	Presente ou Ausente	Cicatrizada	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 3 meses. Encaminhamento para Terapia Ocupacional*
Grau 3 a	Úlcera superficial com ou sem infecção superficial			Curativo na unidade, antibiótico se indicado. Se houver evidência de isquemia encaminhamento à cirurgia vascular*
Grau 3 b	Ulcera Profunda, sem infecção e sem atingir o osso			Encaminhamento à cirurgia vascular, marcação em no máximo 48 h.
Grau 3 c	Infecção profunda (celulite, abscesso, tendinite, sinovite, osteomielite)			Internação imediata
Grau 3 d	Necrose ou gangrena localizada			Encaminhamento à cirurgia vascular, marcação em no máximo 48 h. No caso de gangrena avaliar indicação de internação imediata.
Grau 3 e	Necrose ou gangrena extensa			Internação imediata

Avaliação laboratorial:

A cada 3 meses

- Glicemia em jejum

A cada 6 meses

- Colesterol total e frações (LDL e HDL)
- Triglicérides
- TGO e TGP
- Uréia e creatinina
- Hemograma
- Hemoglobina glicada (HbA1C)

1 vez ao ano

- ECG.

Em caso de alteração em qualquer resultado dos exames, deve-se efetuar encaminhamento médico.

Tratamento medicamentoso:

- **Metformina:** 850 mg fracionada em uma a três vezes ao dia após as refeições – dose máxima de 2,5g.
- **Glibenclamida:** 5 mg, 1 a 3 vezes ao dia nas refeições (dose máxima 30mg).
- **Gliclazida MR:** 30mg uma vez ao dia de 1 a 4 comprimidos (dose máxima 120 mg).
- **Arcabose (Glucobay**) 50 e 100mg(Dose inicial – 50mg 3xdia / Dose máxima – 100mg 3xdia)

- **Insulina NPH**: 10 U ao deitar (ou 0,2 U/kg), aumento gradual de 2U; reduzir em 4U quando houver hipoglicemia. Se necessário, adicionar 1 a 2 injeções diárias.
- **Insulina Regular**: Em situações de descompensação aguda.

A indicação da medicação deverá ser a critério médico, sendo de competência do enfermeiro a renovação das receitas durante a consulta de enfermagem nos casos de clientes com a pressão arterial controlada.

CONTROLE DA HIPERTENSÃO

Hipertensão Arterial é definida como a pressão arterial sistólica ≥a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica ≥90mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação antihipertensiva em pelo menos duas aferições, realizadas em momento diferentes.

Classificação da Pressão Arterial em adultos

VII JOINT (2003) e Ministério da Saúde	*VI Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), Sociedade Europeia Internacional de Hipertensão e OMS (recomendada pela SMSDC)*
Normal PAS < 120 E PAD < 80	**Ótima:** PAS < 120 e PAD < 80
Pré - hipertenso PAS 120 - 139 ou PAD 80 – 89	**Normal:** PAS < 130 e PAD < 85
	Limítrofe: PAS 130 - 139 ou PAD 85 – 89
Estágio 1 PAS 140 – 159 ou PAD 90- 99	**Estágio 1 (Leve):** PAS 140 – 159 ou PAD 90- 99
Estágio 2 PAS ≥ 160 ou PAD ≥ 100	**Estágio 2 (Moderada):** PAS 160 – 179 ou PAD 100- 109
	Estágio 3 (Grave): PAS > 180 ou PAD > 110
Sistólica Isolada PAS > 140 e PAD < 90	**Sistólica Isolada:** PAS > 140 e PAD < 90

CONSULTA DE ENFERMAGEM
A – PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM
- Anamnese:
• Identificação: sexo, idade, raça, condição socioeconômica e profissão;
• Identificar conhecimento sobre sua doença e os riscos que ela acarreta;
• História atual e pregressa:
– duração conhecida de hipertensão arterial e níveis de pressão, adesão e reações adversas aos tratamentos prévios;
– Sintomas de doença arterial coronária;
– Sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca;
– Doenças vasculares encefálicas;
– Insuficiência vascular das extremidades;
– Doença renal;
– Gota e
– Diabetes mellitus.
• Investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco:
– Dislipidemia;
– Tabagismo;
– Sobrepeso e obesidade;
– Atividade sexual;
– Doenças pulmonares obstrutivas crônicas;
– Sedentarismo.
• Antecedentes familiares:
– Acidente vascular encefálico;
– Doenças arteriais coronarianas prematura (homens < 55 anos, mulheres < 65 anos);

– Morte prematura e súbita de familiares próximos.
• Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.
• Avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gorduras saturadas e cafeína;
• Uso de medicamentos (anticoncepcionais, corticosteróide, descongestionantes nasais, anti-hipertensivos, etc.);
• Atividade física.
- Exame físico geral e específico

Avaliar:
• Peso, altura, estabelecer IMC, pressão arterial e freqüência respiratória;
• Fácies que podem sugerir doença renal ou disfunção glandular (tireóide supra-renal e hipófise);
• Pescoço para pesquisa de sopro em carótidas;
• Ausculta cardíaca com possível presença de arritmias, sopros e freqüência cardíaca;
• Ausculta pulmonar: estertores, roncos e síbilos;
• Examinar no abdômen massas palpáveis e ruídos hidroaéreos;
• Avaliação de eventual edema
• Estado neurológico e fundo de olho.

Verificação da PA nas consultas:
• Em cada consulta deverão ser realizadas no mínimo duas medidas, com intervalo de 1 a 2 minutos entre si;
• Caso as pressões diastólicas obtidas apresentem diferenças superiores a 5 mmHg, sugere-se que sejam realizadas novas aferições, até que seja obtida medida com diferença inferior a esse valor.
• De acordo com a situação clínica presente, recomenda-se que as medidas sejam repetidas em pelo menos duas ou mais visitas.
• As medições na primeira avaliação devem ser obtidas em ambos os membros superiores.
• As posições recomendas na rotina para a medida de pressão arterial são sentada e/ou deitada.

B – CONSULTA DE ENFERMAGEM SUBSEQUENTE
• Exame físico.
• Avaliar os cuidados prescritos e resultados obtidos conjuntamente com o cliente;
• Adequar se necessário os cuidados de enfermagem.
• Exame físico.

AVALIAÇAO LABORATORIAL

Em atendimento primário, o paciente hipertenso deverá ser submetido aos seguintes exames subsidiários:
• Exame de urina rotina (tipo 1).
•Dosagem de potássio.
• Dosagem de creatinina
• Glicemia de jejum.
•Hematócrito.
• Colesterol total, LDL, HDL e triglicérides.
• Eletrocardiograma convencional/Consulta oftalmológica

Se após avaliação inicial, o exame de urina mostrar proteinúria, deve ser solicitado proteinúria de 24 horas. Se o exame for negativo, a avaliação deve prosseguir com dosagem de microalbuminúrica de 24 horas ou em amostra isolada (neste caso corrigir pela creatinina urinária).

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

As principais estratégias para o tratamento não-farmacológico da HAS incluem as seguintes modificações de estilo de vida:
- Manter o peso corporal na faixa normal (IMC entre 18,5 a 24,9 Kg/m);
- Consumir dietas ricas em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gordura saturada e total;
- Substituir bolos, biscoitos doces, sobremesas doces por frutas in natura;
- Incluir, pelo menos, seis porções de frutas, legumes, e verduras no plano alimentar diário, procurando variar os tipos e cores consumidos durante a semana;
- Manter ingesta adequada de cálcio pelo uso de vegetais de folhas verdes-escuras e produtos lácteos, de preferência, desnatados;
- Reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2 g(5 g de sal/dia) = no Maximo 3 colheres de café rasas de sal = 3g +2 g de sal dos próprios alimentos e retirar o saleiro da mesa;
- Preferir temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, ao invés de similares industrializados;
- Restringir as fontes industrializadas de sal: temperos prontos, sopas, embutidos como salsicha, lingüiça, salame e mortadela, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote, “fastfood”;
- Limitar o consumo dia 30g/dia de etanol para homens e 15g/dia para mulheres;
- Abandono do tabagismo;
- Habituar-se a pratica regular de atividade física aeróbica.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A indicação do anti-hipertensivo deverá ser a critério médico, sendo de competência do enfermeiro a renovação das receitas durante a consulta de enfermagem nos casos de clientes com a pressão arterial controlada.

Fármacos

- Diuréticos: Tiazídicos (hidroclorotiazida), similares dos tiazídicos, diuréticos de alça (furosemida), diuréticos poupadores de potássio (espironolactona);
- Bloqueadores beta-adrenérgicos (propranolol, acebutolol, atenolol, metoprolol, timolol, etc);
- Bloqueadores alfa-adrenérgico (prozosina, doxazosina, terrazosina).
- Vasodilatadores (hidralazina, minoxidil)
- Inibidores dos canais de cálcio (nifedipina, verapamil, diltiazem).
- Inibidores da enzima conversora da angiotensina (captopril, enalapril, lisinopril, etc.).
- Antagonistas dos receptores da angiotensina (losartana, valsartan, etc.)
- Drogas de ações combinadas.

EMERGÊNCIA E URGÊNCIA HIPERTENSIVA

Nos casos em que ocorrer a presença de valores de pressão arterial maiores que 160mmHg para a pressão arterial sistólica e/ou 110mmHg para pressão arterial diastólica, o enfermeiro devera encaminhar o paciente para a avaliação por médico de forma imediata e assim ser realizada a tomada de uma decisão terapêutica adequada.
Nos casos em que o paciente conhecidamente hipertenso encontra-se sintomático, com os valores de pressão arterial acima de 160 e/ou 110 mmHg, para PAS e PAD respectivamente, e já faz ou fez

uso de medicamentos da classe de inibidores da enzima de conversão da angiotensina (ECA) como captopril ou enalapril por exemplo e não apresenta histórico conhecido de angioedema ou hipersensibilidade a droga, é possível o enfermeiro prescrever e administrar uma dose complementar de 25mg de captopril mastigável por via oral enquanto aguarda atendimento pelo médico, como uma forma de reduzir a exposição do risco imediato do paciente.
Em casos específicos de maior complexidade, a equipe devera estar preparada para encaminhar o paciente para o atendimento em local apropriado (pronto-atendimento hospitalar ou emergência).

FUNÇÕES DO ENFERMEIRO

1) Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades;
2) Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário;
3) Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos;
4) Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos);
5) Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames de rotina definidos como necessários pelo médico da equipe ou de acordo com protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal.
6) Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências;
7) Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades;
8) Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades;
9) Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades;

Medicações com autorização para prescrição pelo enfermeiro em pacientes compensados e após prescrição médica

Medicamentos	*Dose mínima (mg)*	*Dose máxima (mg)*
AAS 100 mg	100	200
Amiodarona 200 mg	100	400
Anlodipina 5 mg	2,5	10
Atenolol 50 e 100 mg	25	100
Captopril 25 mg	25	150
Carvedilol 12,5 mg	3,125	25
Digoxina 0,25 mg	0,125	0,25
Diltiazen 60 mg	90	240
Enalapril 10 mg	5	40
Espironolactona 25 mg	12,5	100
Furosemida 40 mg	20	240
Glibenclamida 5 mg	2,5	20
Hidralazina 25 mg	50	150
Hidroclorotiazida 25 mg	12,5	25
Insulinas NPH e Regular	Conforme prescrição médica	
Isossorbida, Dinitrato 5 mg (uso sublingual)	5	10
Isossorbida, Mononitrato 20 mg	20	120
Metformina 500 e 850 mg	500	2.550
Metildopa 250 mg	500	2000
Propranolol 40 mg	40	320
Sinvastatina 20 mg	10	80
Verapamil 80 mg	160	320

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Considerando a Atenção Básica como a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, e que, neste nível, aproximadamente 80% das necessidades de saúde de uma comunidade adstrita devem ser abordadas de maneira resolutiva, o Programa Saúde da Família ocupa papel de destaque como estratégia indutora de equidade.

O cuidado dos idosos implica ofertar serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações que um número relevante de idosos apresenta, já que muitos deles são acometidos por doenças e agravos crônicos não transmissíveis - estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas (comorbidades). Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos.

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa.

Os trabalhadores dos serviços de Atenção Básica/Saúde da Família devem estar capacitados em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para elaborar e operar protocolos para ações programáticas específicas às necessidades deste grupo populacional de maneira integrada com as demais práticas da rede de cuidado social. No trabalho das equipes destes serviços, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social.

HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA

Com a Política Nacional de Humanização(PNH), o Ministério da Saúde propõe estimular o movimento de concretização dos princípios do SUS, incentivando a valorização de todos os atores e sujeitos que participam na produção da saúde. Para a efetivação do Acolhimento da pessoa idosa, os profissionais de saúde devem compreender as especificidades dessa população e a própria legislação brasileira vigente.

Para isso, devem:

• Estar preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento, particularmente no que concerne à dimensão subjetiva da pessoa idosa;

• Facilitar o acesso dos idosos aos diversos níveis de complexidade da atenção;

• Permeabilizar o estabelecimento de uma relação respeitosa, considerando que, com a experiência de toda uma vida, as pessoas se tornam em geral mais sábias, desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso;

• Partir do pressuposto de que o idoso é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas, nunca se dirigindo primeiramente a seu acompanhante;

• Chamar a pessoa idosa por seu nome e manter contato visual, preferencialmente, de frente e em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo;

• A utilização de uma linguagem clara, evitando-se a adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos.

Entre as ferramentas que as equipes de Atenção Básica dispõem, destaca-se a possibilidade de oferecer uma atenção continuada, garantindo a efetivação do cuidado ao longo do tempo, especialmente, no acompanhamento da pessoa idosa, como:

• Não é necessário se esgotar todos os assuntos num único contato;

• É possível negociar mudanças de hábitos gradual e continuamente, onde cada conquista pode ser comemorada, ou quando necessário,novas negociações são estabelecidas;

• É possível haver maior agilidade na percepção de reações inadequadas a uso de medicamentos ou de outras condutas que possam prejudicar a vida da pessoa idosa, possibilitando a correção dessas condutas;

• Estreitam-se os vínculos entre usuários e equipe, o que contribuirá no aumento da adesão aos tratamentos.

VISITA DOMICILIAR À PESSOA IDOSA

A visita domiciliar é outra ferramenta fundamental no estabelecimento do cuidado com a população adscrita, assim como na criação de vínculos. No momento da visita, é possível estabelecer, junto aos familiares, um suporte mais adequado às necessidades específicas da

pessoa idosa, negociando com familiares e/ou cuidadores cada aspecto desse cuidado. Essa atividade confere, também, maior conforto, tranquilidade e segurança aos familiares no acompanhamento da pessoa idosa, além de ser, no primeiro momento de reconhecimento do território, uma importante ferramenta na detecção de idosos em situações de abandono ou outras situações que apontem que seus direitos estão negligenciados.

COMUNICAÇÃO COM A PESSOA IDOSA

Comunicar envolve, além das palavras que são expressas por meio da fala ou da escrita, todos os sinais transmitidos pelas expressões faciais, pelo corpo, postura corporal e distância que se mantém entre as pessoas; a capacidade e jeito de tocar ou mesmo o silêncio em uma conversa. A comunicação é essencial na área de saúde, pois, por meio dela são obtidas informações valiosas para a condução terapêutica.

Para aprimorar a comunicação com a pessoa idosa:

- Usar frases curtas e objetivas.
- Chamá-lo pelo próprio nome ou da forma como ele preferir.
- Evitar infantilização e/ou utilização de termos inapropriados
- Perguntar se entendeu bem a explicação, se houve alguma dúvida.
- Repetir a informação, quando essa for erroneamente interpretada, utilizando palavras diferentes e, de preferência, uma linguagem mais apropriada à sua compreensão.
- Falar de frente, sem cobrir sua boca e, não se vire ou se afaste enquanto fala.
- Aguardar a resposta da primeira pergunta antes de elaborar a segunda, pois, a pessoa idosa pode necessitar de um tempo maior para responder.
- Evitar interromper a pessoa idosa no meio de sua fala, demonstrando pressa ou impaciência. É necessário permitir que ele conclua o seu próprio pensamento.

ATRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NO ATENDIMENTO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Atribuições Comuns a todos os Profissionais da Equipe:

- Planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência, conforme orientação deste Protocolo.
- Identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização.

- Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade.
- Acolher a pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito.
- Prestar atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal – ao longo do tempo.
- Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da pessoa idosa.
- Desenvolver ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa, de acordo com o planejamento da equipe.

Atribuições do Enfermeiro

- Realizar atenção integral às pessoas idosas.
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
- Realizar consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional e instrumentos complementares, se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme este protocolo, autorizado pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.
- Supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem.
- Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe.
- Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.

Atribuições do Auxiliar/Técnico de Enfermagem

- Realizar atenção integral às pessoas idosas.
- Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.
- Participar das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão No PSF e quando indicado, ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.
- Encaminhar, quando necessário, a pessoa idosa a serviços de referências de média e alta complexidade em saúde bucal, respeitando fluxos de referência e contra-referência.

AVALIAÇÃO GLOBAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA

A avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade. A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças

ou alterações ainda não diagnosticadas. É por meio dessa avaliação que se pode fazer um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para sua compensação.

Vários são os instrumentos existentes que colaboram com a avaliação ampla do idoso. A Avaliação Global da Pessoa Idosa direciona a atenção para o/a idoso/a, com problemas complexos, de forma mais ampla, dando ênfase ao seu estado funcional e à sua qualidade de vida. É desenvolvida por uma equipe multiprofissional e tem por objetivo quantificar as capacidades e os problemas de saúde, psicossociais e funcionais do idoso de forma a estabelecer um planejamento terapêutico a longo prazo e o gerenciamento dos recursos necessários.

O conceito de “doença única”, onde um único problema pode explicar todos os sinais e sintomas, não se aplica às pessoas idosas, pois, essas costumam apresentar uma somatória de sinais e sintomas, resultado de várias doenças concomitantes, onde a insuficiência de um sistema pode levar à insuficiência de outro, o que costuma ser denominado “efeito cascata”. Alguns exemplos estão descritos a seguir:

• uma pessoa idosa portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) pode, após um quadro gripal, desenvolver insuficiência respiratória;

• uma pessoa idosa, normalmente muito comunicativa, de repente passa a ficar mais quieta, conversando menos e, após algum tempo, começa a apresentar períodos de confusão mental. Nesse caso, é importante avaliar a presença de infecções;

• um idoso com osteoartrose que apresente dor, tende a reduzir sua participação em atividades externas à sua residência. Isso pode ocasionar um maior isolamento que, com o passar do tempo, pode levá-lo a desenvolver um quadro depressivo.

Normalmente, o que leva a pessoa idosa a procurar a Unidade de Saúde é um sintoma mais familiar ou mais facilmente reconhecível que pode não refletir, de forma clara ou direta, o estado geral de saúde do mesmo.

As doenças nas pessoas idosas também tendem a ter uma apresentação atípica quando comparadas à indivíduos mais jovens, o que faz do diagnóstico diferencial um recurso fundamental. Exemplo: os sintomas, que em um indivíduo jovem podem corresponder a um refluxo gastroesofágico, em uma pessoa idosa podem corresponder a um carcinoma; um sangramento intestinal em um jovem pode ser indicativo de doença intestinal inflamatória e, em um idoso, pode representar uma diverticulose.

Todas as alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento terão repercussão nos mecanismos homeostáticos do/a idoso/a e em sua resposta orgânica, diminuindo sua capacidade de

reserva, de defesa e de adaptação, o que o torna mais vulnerável a quaisquer estímulos (traumático, infeccioso ou psicológico). Dessa forma, as doenças podem ser desencadeadas mais facilmente.

Deve-se fazer uma ampla avaliação dos antecedentes diagnósticos, com ênfase nas doenças crônicas que mantêm-se ativas. Dada sua prevalência, devem ser sempre investigadas sistematicamente, para serem descartadas:

1. afecções cardiovasculares, em especial doença hipertensiva;

2. diabetes e suas complicações;

3. déficits sensoriais (auditivo e visual);

4. afecções osteoarticulares;

5. déficits cognitivos.

Especial atenção deve ser dada na prevenção de iatrogenias assistenciais relacionadas ao uso de polifármacos. Os medicamentos em uso pela pessoa idosa, tanto os prescritos por profissional de saúde quanto os adquiridos pelo próprio idoso, sem prescrição, devem ser investigados. Solicitar à pessoa idosa que, quando for à próxima consulta, traga consigo todos os medicamentos que costuma utilizar frequente e ocasionalmente. Com essa medida simples é possível detectar o uso de automedicação, a utilização de posologia incorreta e a utilização de mais de um medicamento para o mesmo objetivo, às vezes prescrito por profissionais diferentes. O registro das medicações mais freqüentemente utilizadas na Caderneta do Idoso contribui para evitar a ocorrência de iatrogenias associadas à polifarmácia.

Perguntar sobre todos os sistemas e incluir questões que abordem mudanças no estado funcional no último ano, alterações de peso não intencionais, fadiga, mal estar inespecífico, quedas, transtornos do sono, alterações cardiovasculares, alterações miccionais ou intestinais, presença de incontinência, afecções osteoarticulares, dor e problemas sexuais. Verificar sempre a circulação periférica, devido à alta prevalência da insuficiência venosa, causa comum de edema em membros inferiores (MMII). A presença de doença arterial periférica é um marcador de aterosclerose com maior risco de lesões coronarianas e cerebrais. Para efeitos didáticos este capítulo apresenta, de forma breve, a avaliação global da pessoa idosa com a finalidade de subsidiar o profissional de saúde sobre as especificidades dessa população e ter uma visão geral dos sistemas. Após essa discussão, haverá uma tabela que sistematiza as diversas áreas a serem avaliadas, facilitando a identificação de problemas. Nessa mesma tabela, são indicados os devidos encaminhamentos, entre eles a necessidade do uso de outras escalas que estarão em anexo.

Cabe ressaltar que o profissional só utilizará as escalas que envolvam o problema específico identificado na avaliação rápida. Como exemplo: se o profissional detectar problemas cognitivos

após a realização do teste rápido (falar três objetos que a pessoa deverá repeti-los após 3 minutos) e na incapacidade de repeti-los o profissional deve aplicar o Mini Exame do Estado Mental – MEEM. Caso o profissional permaneça em dúvida ele poderá utilizar como complemento o teste do desenho do relógio e o teste de fluência verbal por categorias semânticas. Ainda há a possibilidade combinar o MEEM com o Questionário de Pfeffer - indica uma maior especificidade para a medida de declínio cognitivo mais grave.

Alimentação e Nutrição.

A antropometria é muito útil para o diagnóstico nutricional dos idosos. É um método simples, rápido, de baixo custo e com boa predição para doenças futuras, mortalidade e incapacidade funcional, podendo ser usada como triagem inicial, tanto para diagnóstico quanto para o monitoramento de doenças.

Nos procedimentos de diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional de idosos, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), utilizará como critério prioritário a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando os pontos de corte diferentes daqueles utilizados para adultos. Essa diferença deve-se às alterações fisiológicas nos idosos:

• o declínio da altura é observado com o avançar da idade, em decorrência da compressão vertebral, mudanças nos discos intervertebrais, perda do tônus muscular e alterações posturais;

• o peso pode diminuir com a idade, porém, com variações segundo o sexo. Essa diminuição está relacionada à redução do conteúdo da água corporal e da massa muscular, sendo mais evidente no sexo masculino;

• alterações ósseas em decorrência da osteoporose;

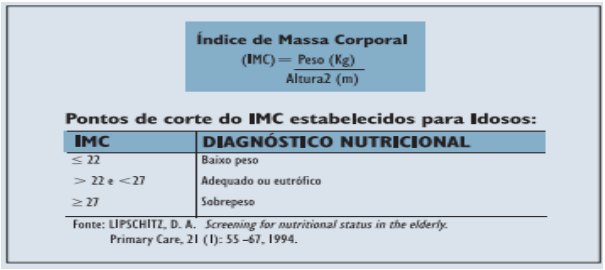
• mudança na quantidade e distribuição do tecido adiposo subcutâneo.

• redução da massa muscular devida à sua transformação em gordura intramuscular, o que leva à alteração na elasticidade e na capacidade de compressão dos tecidos.

Essas peculiaridades relacionadas ao processo de envelhecimento devem ser avaliadas criteriosamente, para que se possa distingui-las da desnutrição. A população idosa é particularmente propensa à alterações nutricionais devido a fatores relacionados às modificações fisiológicas e sociais, ocorrência de doenças crônicas, uso de diversas medicações, dificuldades com a alimentação, depressão e alterações da mobilidade com dependência funcional.

Estas alterações podem comprometer a ingestão dos alimentos e aproveitamento dos nutrientes, podendo levar à desnutrição. De acordo com a Norma Técnica do SISVAN, recomenda-se que o

registro das medidas antropométricas na Caderneta do Idoso e/ou no prontuário seja semestral, permitindo o monitoramento de seu estado nutricional e a determinação de tendências de aumento ou perda de peso, associando possíveis variações às demais condições de saúde da pessoa idosa.



Índice de Massa Corporal

$$(IMC) = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura2 (m)}}$$

Pontos de corte do IMC estabelecidos para Idosos:

IMC	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
≤ 22	Baixo peso
> 22 e <27	Adequado ou eutrófico
≥ 27	Sobrepeso

Fonte: LIPSCHITZ, D. A. *Screening for nutritional status in the elderly.* Primary Care, 21 (1): 55 –67, 1994.

Em relação à alimentação da pessoa idosa, é importante que o profissional esteja atento para alguns aspectos:

• Perda da autonomia para comprar os alimentos, inclusive financeira;

• Perda da capacidade/autonomia para preparar os alimentos e para alimentar-se;

• Perda de apetite e diminuição da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimento;

• Perda parcial ou total da visão que dificulte a seleção, preparo e consumo dos alimentos;

• Perda ou redução da capacidade olfativa, interferindo no seu apetite;

• Algum motivo que a faça restringir determinados tipos de alimentos, como dietas para perda de peso, diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia;

• Alterações de peso recentes;

• Dificuldade de mastigação por lesão oral, uso de prótese dentária ou problemas digestivos.

Se for detectado que esses aspectos estão influenciando sensivelmente o estado nutricional do idoso, deve ser feita uma avaliação mais aprofundada, incluindo outras medidas antropométricas, avaliação dietética detalhada e avaliação de exames bioquímicos.

Acuidade Visual

O processo natural de envelhecimento associa-se à uma redução da acuidade visual devido às alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças de retina. Cerca de 90% das pessoas idosas necessitam do uso de lentes corretivas para enxergar adequadamente. Ao avaliar essa função, pergunte à pessoa idosa se ela sente dificuldade ao ler, assistir televisão, dirigir ou para executar qualquer outra atividade da vida cotidiana.

Acuidade Auditiva

Cerca de um terço das pessoas idosas referem algum grau de declínio na acuidade auditiva. A presbiacusia - perda progressiva da capacidade de diferenciar os sons de alta freqüência – é uma das causa mais comuns relacionadas a essa queixa. Muitas vezes, o idoso pode não perceber essa perda e, por essa razão, não referi-la.

Incontinência Urinária

A presença de incontinência urinária deve ser avaliada, pois, cerca de 30% das pessoas idosas não institucionalizadas costumam apresentá-la e nem sempre a referem na avaliação clínica ou por vergonha ou por acharem ser isso normal no processo de envelhecimento. A freqüência e a importância do evento estão associadas às repercussões emocionais e sociais. Muitas das causas são reversíveis - delírio, restrição de mobilidade, retenção urinária, infecção e efeito medicamentoso - e devem ser investigadas. Perguntar diretamente se a pessoa idosa perdeu urina recentemente ou sentiu-se molhada é uma forma rápida de verificar o problema.

Sexualidade

A sexualidade da pessoa idosa também deve integrar a avaliação da mesma. Estudos mostram que 74% dos homens e 56% das mulheres casadas mantêm vida sexual ativa após os 60 anos. A identificação de disfunção nessa área pode ser indicativa de problemas psicológicos, fisiológicos ou ambos. Muitas das alterações sexuais que ocorrem com o avançar da idade podem ser resolvidas com orientação e educação. Alguns problemas comuns também podem afetar o desempenho sexual: artrites, diabetes, fadiga, medo de infarto, efeitos colaterais de fármacos e álcool. Embora a freqüência e a intensidade da atividade sexual possam mudar ao longo da vida, problemas na capacidade de desfrutar prazer nas relações sexuais não devem ser considerados como parte normal do envelhecimento. Devem fazer parte da avaliação sistemática das pessoas idosas sexualmente ativas a investigação de doenças sexualmente transmissíveis/AIDS.

As mulheres após a menopausa, principalmente, após os 60 anos, normalmente apresentam algum desconforto nas relações sexuais com penetração vaginal, devido às condições de hipoestrogenismo e, consequentemente, hipotrofia dos tecidos genitais. A utilização de um creme vaginal à base de estriol, 2ml, uma a duas vezes por semana, permite uma manutenção do trofismo do epitélio (mucosa), favorecendo uma melhoria nas condições genitais para o exercício pleno da sexualidade. Para o início de sua utilização, é necessário a realização dos exames preventivos para o câncer ginecológico e mamário, conforme protocolos vigentes, recomendados nessa faixa etária.

Vacinação

A influenza (gripe) é uma doença infecciosa aguda, de natureza viral, altamente contagiosa que acomete o trato respiratório e cuja ocorrência se observa em maior intensidade ao final do outono e durante o inverno. Embora tipicamente de pouca relevância em sua forma não complicada, é uma doença que se dissemina rapidamente e apresenta elevada morbimortalidade em grupos de maior vulnerabilidade. As pessoas idosas, especialmente aquelas institucionalizadas ou as portadoras de doenças crônicas de base, são alvos de sérias complicações relacionadas à gripe (pneumonia primária viral pelo vírus da influenza, pneumonia bacteriana secundária, pneumonia mista, exacerbação de doença pulmonar ou cardíaca e óbito).

A situação vacinal da pessoa idosa também deve ser inquirida de forma sistemática. Recomenda-se uma dose anual da vacina contra influenza no outono. Idosos com mais de 60 anos devem também receber ao menos uma dose de vacina anti-pneumocócica durante a vida. Os idosos institucionalizados e não vacinados deverão receber uma dose da vacina e outra após cinco anos da primeira, caso a indicação persista. A vacina dupla adulto (dT – contra difteria e tétano) deve ser administrada a cada dez anos podendo ser reforçada em cinco anos no caso de ferimentos considerados “sujos”. O registro da vacinação deve ser feito na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, facilitando o acompanhamento da realização da mesma.

Avaliação Cognitiva

A avaliação cognitiva deve fazer parte da avaliação clínica, pois, auxilia na identificação das principais alterações na saúde mental das pessoas idosas. O desempenho físico e social do idoso depende da integridade de suas funções cognitivas. A perda de memória recente e a habilidade de cálculo são indicadores sensíveis de redução dessas funções. A avaliação da perda de memória recente é considerada como mais adequada, dado que a escolaridade pode influenciar na avaliação da habilidade de cálculo.

Sugere-se para uma primeira avaliação a realização do teste rápido, que consiste em solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa, Maçã e Dinheiro. Após 3 minutos, pedir que os fale novamente. Se for incapaz de repeti-los, há necessidade de uma investigação mais aprofundada.

Depressão

No Brasil, a prevalência de depressão entre as pessoas idosas varia de 4,7% a 36,8%, dependendo fundamentalmente do instrumento utilizado, dos pontos de corte e da gravidade dos sintomas. É um dos transtornos psiquiátricos mais comuns entre as pessoas idosas e sua presença necessita ser

avaliada. As mulheres apresentam prevalências maiores que os homens na proporção de 2:1. Pessoas idosas doentes ou institucionalizadas também apresentam prevalências maiores. A depressão leve representa a presença de sintomas depressivos frequentemente associados com alto risco de desenvolvimento de depressão maior, doença física, maior procura pelos serviços de saúde e maior consumo de medicamentos. É essencial que seja feita a diferença entre tristeza e depressão, uma vez que os sintomas depressivos podem ser mais comuns nessa faixa etária ocorrendo, com freqüência, no contexto de desordens médicas e neurológicas.

A presença de depressão entre as pessoas idosas tem impacto negativo em sua vida. Quanto mais grave o quadro inicial, aliado à não existência de tratamento adequado, pior o prognóstico. As pessoas idosas com depressão tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional afetando sua qualidade de vida. Evidências sugerem que é necessário instituir precocemente o tratamento. É fundamental a construção de um projeto terapêutico singular , a partir do Acolhimento e da Avaliação, incluindo diferentes estratégias que possam atender às necessidades dos usuários.

Mobilidade

A grande propensão da pessoa idosa à instabilidade postural e à alteração da marcha aumenta o risco de quedas e, por essa razão, equilíbrio e marcha devem ser sempre avaliados. As alterações na mobilidade e quedas podem ocorrer por disfunções motoras, de senso percepção, equilíbrio ou déficit cognitivo. A dinâmica do aparelho locomotor sofre alterações com uma redução na amplitude dos movimentos, tendendo a modificar a marcha, passos mais curtos e mais lentos com tendência a arrastar os pés. A amplitude de movimentos dos braços também diminui, tendendo a ficar mais próxima do corpo. A base de sustentação se amplia e o centro de gravidade corporal tende a se adiantar, em busca de maior equilíbrio. A Escala de Tinneti, que no Brasil é conhecida como POMA-Brasil, mostra-se útil para o desenvolvimento dessa avaliação (anexo 5, página 143).

Quedas

Quedas representam um sério problema para as pessoas idosas e estão associadas à elevados índices de morbi-mortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização precoce. O profissional deve questionar a ocorrência e freqüência de quedas, registrando na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Essas informações possibilitam a identificação do risco. O ambiente residencial pode aumentar o risco de quedas e deve ser incluído na programação de avaliação da pessoa idosa. Presença de escadas, ausência de diferenciação de degraus e corrimãos, iluminação inadequada, tapetes soltos, obstáculos (fios elétricos, pisos mal conservados etc) no local de circulação, são alguns dos riscos comuns observados. Recomendações específicas para prevenção de quedas em pessoas idosas serão apresentadas posteriormente, página 67.

Avaliação Funcional

A avaliação funcional, preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é fundamental e determinará não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas sua necessidade de auxilio. Pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar de forma objetiva os níveis no qual uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas utilizando diferentes habilidades. Representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma. Caso não seja capaz, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial, em maior ou menor grau, ou total. Usualmente, utiliza-se a avaliação no desempenho das atividades cotidianas ou atividades de vida diária.

Didaticamente essas atividades são subdivididas em:

a) Atividades de Vida Diária (AVD) que são as relacionadas ao autocuidado e que, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las. São elas:

• Alimentar-se

• Banhar-se

• Vestir-se

• Mobilizar-se

• Deambular

• Ir ao banheiro

• Manter controle sobre suas necessidades fisiológicas.

b) Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) que são as relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade. São elas:

• Utilizar meios de transporte

• Manipular medicamentos

• Realizar compras

• Realizar tarefas domésticas leves e pesadas

• Utilizar o telefone

• Preparar refeições

• Cuidar das próprias finanças

Desde seu início, as avaliações funcionais dão ênfase às Atividades de Vida Diárias (AVD). A primeira escala desenvolvida, e a que é até os dias de hoje mais citada e utilizada, é a Escala de Katz (anexo 6, página 145), planejada para medir a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente e assim determinar as necessárias intervenções de reabilitação. Posteriormente, consideradas mais complexas e cuja independência para desempenho está diretamente relacionada com a capacidade de vida comunitária independente. A capacidade em realizá-las torna as pessoas idosas mais auto-confiantes para a vida em comunidade.

Quando se avalia a funcionalidade da pessoa idosa é necessário diferenciar desempenho e capacidade funcional.

• Desempenho avalia o que o idoso realmente faz no seu dia-a-dia.

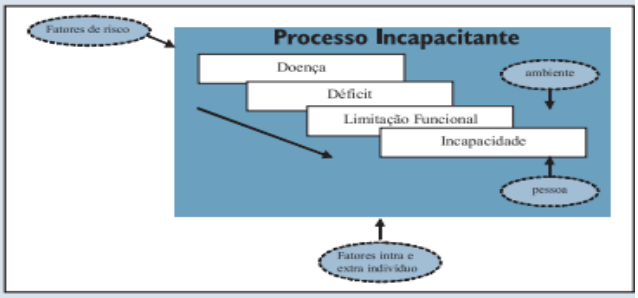
• Capacidade funcional avalia o potencial que a pessoa idosa tem para realizar a atividade, ou seja, sua capacidade remanescente, que pode ou não ser utilizada.

Um exemplo disso é quando o idoso mora em uma casa que possui escada e não a utiliza porque a família teme que ele caia. Logo, o idoso não desempenha a função de descer e subir escada por limitação da família, mas, esse possui capacidade funcional para executá-la.

A atenção à saúde da pessoa idosa por meio da avaliação da capacidade funcional, tem demonstrado ser mais significativa nas intervenções terapêuticas do que apenas a presença ou ausência de doenças. Para melhor entendimento, será utilizado o seguinte exemplo: dois idosos que tem o diagnóstico de Diabetes Mellitus, um se mantém independente para todas suas AVD e outro necessita de ajuda para sair da cama e alimentar-se. Os dois possuem a mesma doença de base, mas, seu nível funcional é muito diferente.

O processo incapacitante corresponde à evolução de uma condição crônica que envolve fatores de risco – demográficos, sociais, psicológicos, ambientais, estilo de vida, comportamentos e características biológicas dos indivíduos. A figura a seguir ilustra o processo até então descrito:

FIGURA 3: ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO INCAPACITANTE



Três conceitos apresentam-se interligados e interdependentes quando se discute o processo incapacitante. São eles: autonomia, independência e dependência.

Autonomia – pode ser definida como auto-governo e se expressa na liberdade para agir e para tomar decisões.

Independência – significa ser capaz de realizar as atividades sem ajuda de outra pessoa.

Dependência – significa não ser capaz de realizar as atividades cotidianas sem a ajuda de outra pessoa.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS DOENÇAS INFECTOPARASITÁRIAS

A quem se destina – Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem da Família;

Objetivo – Padronizar as ações e serviços realizados no âmbito da prevenção e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias nas Unidades Básicas do Município de Nordestina.

- **Amedíase -** Infecção causada por protozoário que se apresenta em duas formas: cisto e trofozoíto. Esse parasito pode atuar como comensal ou provocar a invasão de tecidos, originando as formas intestinal e extra-intestinal da doença. O quadro clínico varia de uma forma branda, caracterizada por desconforto abdominal leve ou moderado, com sangue e/ou muco nas dejeções, até uma diarreia aguda e fulminante, de caráter sanguinolento ou mucóide, acompanhada de febre e calafrios. Podem ou não ocorrer períodos de remissão. Em casos graves, as formas trofozoíticas se disseminam pela corrente sanguínea, provocando abcesso no fígado (com maior frequência), nos pulmões ou cérebro. Quando não diagnosticadas a tempo, podem levar o paciente a óbito. As principais fontes de infecção são a ingestão de alimentos ou água contaminados por fezes contendo cistos amebianos maduros.

Agente etiológico - *Entamoeba histolytica.*

Tratamento - Metronidazol, 500mg, 3 vezes/dia, durante 5-10 dias, para adultos. Para crianças, recomenda-se 35mg/kg/dia, divididas em 3 tomadas, durante 5-10 dias.

- **Ancilostomíase -** Infecção intestinal causada por nematódeos, que nos caos de infecções leves, pode apresentar-se assintomática. Apresentações clínicas importantes, como um quadro gastrointestinal agudo caracterizado por náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal e flatulência, também podem ocorrer. Em crianças com parasitismo intenso, pode ocorrer hipoproteinemia e atraso no desenvolvimento físico e mental. Com frequência, dependendo da intensidade da infecção, acarreta anemia ferropriva. Os ovos contidos nas fezes são depositados no solo, onde se tornam embrionados. Em condições favoráveis de umidade e temperatura, as larvas se desenvolvem até chegar ao 3º estágio, tornando-se infectantes em um prazo de 7 a 10 dias. A infecção nos homens ocorre quando essas larvas infectantes penetram na pele, geralmente pelos pés, causando dermatite característica.

Agente etiológico - *A. duodenale e Necator americanus.*

Tratamento - Albendazol, 2 comprimidos, VO, em dose única (1 comprimido=200mg), ou 10ml de suspensão (5ml=200mg). Repetir com após 3 semanas.

- **Ascaridíase -** Doença parasitária do homem, causada por um helminto. Habitualmente, não causa sintomatologia, mas pode manifestar-se por dor abdominal, diarreia, náuseas e anorexia. Quando há grande número de parasitas, pode ocorrer quadro de obstrução intestinal. Em virtude do ciclo pulmonar da larva, alguns pacientes apresentam manifestações pulmonares, com broncoespasmo, hemoptise e pneumonite, caracterizando a síndrome de Löefler, que cursa com eosinofilia importante. Ingestão dos ovos infectantes do parasita, procedentes do solo, água ou alimentos contaminados com fezes humanas

Agente etiológico - *Ascaris lumbricoides.*

Tratamento - Tratamento - Albendazol (ovocida, larvicida e vermicida), 400mg/ dia, em dose única para adultos; em crianças, 10mg/kg, dose única. Repetir com após 03 semanas.

- **Enterobiose -** Infestação intestinal causada por helminto. Pode cursar assintomática ou apresentar, como característica principal, o prurido perianal, frequentemente noturno, que causa irritabilidade, desassossego, desconforto e sono intranquilo. As escoriações provocadas pelo ato de coçar podem resultar em infecções secundárias em torno do ânus, com congestão na região anal, ocasionando inflamação com pontos hemorrágicos, onde se encontram, frequentemente, fêmeas adultas e ovos. Sintomas inespecíficos do aparelho digestivo são registrados, como vômitos, dores abdominais, tenesmo, puxo e, raramente, fezes sanguinolentas. Outras manifestações, como vulvovaginites, salpingites, ooforite e granulomas pelvianos ou hepáticos, têm sido registradas, esporadicamente. Transmissão - Predominantemente fecal-oral.

Agente etiológico - *Enterobius vermicularis.*

Tratamento - Albendazol, 10mg/kg, VO, dose única, até o máximo de 400mg. Repetir com após 03 semanas.

- **Escabiose -** Parasitose da pele causada por um acaro cuja penetração deixa lesões em forma de vesículas, papulas ou pequenos sulcos, nos quais ele deposita seus ovos. As áreas preferenciais da pele para visualizar essas lesões são: regiões interdigitais, punhos (face anterior), axilas (pregas anteriores), região periumbilical, sulco intergluteo e órgãos genitais externos (nos homens). Em crianças e idosos, podem também ocorrer no couro cabeludo, nas palmas das mãos e plantas dos pés. O prurido intenso e causado por reação alérgica a produtos metabólicos do acaro. Caracteristicamente essa manifestação clinica se intensifica durante a noite, por ser o período de reprodução e deposição de ovos desse agente.

Agente etiológico - *Sarcoptes scabiei*.

Tratamento - Permetrima a 5% em creme, uma aplicação a noite, por 6 noites, ou Deltametrina, em loções e shampoos, uso diário por 7 a 10 dias. Enxofre a 10% diluido em *petrolatum* deve ser usados em mulheres grávidas e crianças abaixo de 2 anos.

- **Giardíase -** Infecção por protozoários que atinge, principalmente, porção superior do intestino delgado. A maioria das infecções e assintomática e ocorre tanto em adultos, quanto em crianças. A infecção sintomática pode apresentar-se de forma aguda com diarreia, acompanhada de dor abdominal (enterite aguda) ou de natureza crônica, caracterizada por fezes amolecidas, com aspecto gorduroso, fadiga, anorexia, flatulência e distensão abdominal. Anorexia, associada com ma absorção, pode ocasionar perda de peso e anemia. Não ha invasão intestinal.

Agente etiológico - *Giardia lamblia*.

Tratamento – Metronidazol 250mg, 2 vezes ao dia, por 5 dias. Crianças – Metronidazol, 15mg/kg/dia, VO, divididos em 2 tomadas, (máximo 250mg).

- **Teníase -** A Teníase e provocada pela presença da forma adulta da *Taenia solium* ou da *Taenia saginata*, no intestino delgado do homem. A Teniase e uma parasitose intestinal que pode causar dores abdominais, náuseas, debilidade, perda de peso, flatulência, diarreia ou constipação. Quando o parasita permanece na luz intestinal, o parasitismo pode ser considerado benigno e só, excepcionalmente, requer intervenção cirúrgica por penetração em apêndice, colédoco ou ducto pancreático, devido ao crescimento exagerado do parasita. A infestação pode ser percebida pela eliminação espontânea de proglotes do verme, nas fezes. Em alguns casos, podem causar retardo no crescimento e desenvolvimento das crianças, e baixa produtividade no adulto.

Agente etiológico - A *Taenia solium* e a tenia da carne de porco e a *Taenia saginata* e a da carne bovina.

Tratamento - Albendazol, 400mg/dia, durante 3 dias. Repetir o tratamento com 21 dias.

CONSIDERAÇÃOES FINAIS

O Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica proporcionou o respaldo necessário para a assistência de enfermagem Ética e segura.

A partir da concepção do Protocolo, espera-se diminuir iatrogenias na prestação da assistência de enfermagem, lembrando sempre que será possível unificar as condutas da equipe de enfermagem, conseguindo, assim, resultados significativos no que diz respeito à promoção da saúde.

Portanto, implantar o protocolo irá proporcionar o progresso na assistência de enfermagem ofertada à população, bem como proporcionar respaldo teórico e ético, mas a dinâmica dos processos exigirá ininterrupta revisão e avaliação do fazer em saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. L.; SEGUI, M. L. H.; MAFTUM, M. A.; LABRONICI, L. M.; PERES, A. M. Instrumentos Gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. Universidade Federal do Paraná. Florianópolis n. 20, p. 131-137, 2011.

ANDRADE, O. B. de. Manual de Normas e Procedimentos do Serviço de Enfermagem de Saúde Pública. Revista Saúde Pública. São Paulo n. 9, p. 455-466, 1975.

BRANDÃO, E. S.; SANTOS, I. Enfermagem em dermatologia: cuidados técnicos, diálogo e solidário. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2006.

BORK, A. M. T. Enfermagem baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 7.498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília: DOU 26 de junho de 1986.

_____Ministério da Saúde. Hanseníase. Atividades de Controle e Manual de Procedimentos - Ministério da Saúde. Brasília: 2001.

_____Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica – 6. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 150 p.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – 4ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 140p.

_____ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Governo do Distrito Federal. Hanseníase: Protocolo de Atendimento – Brasília: Subsecretaria de Vigilância à Saúde, 2007.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 199 p.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.Saúde sexual e saúde reprodutiva. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 284 p.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 168 p.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica no 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes Mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama Básica. – 2. ed. Cadernos de Atenção Básica, n. 13. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - n.º 19**. Ministério da Saúde. Brasília – DF 2006

_____ Ministério da Saúde. Portaria nº 2.807, de 01 de set. 2011. Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, 02 set. 2011.

_____ Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para a Enfermagem. Departamento de Saúde/Coordenadoria de Enfermagem. 2001.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM: COREN/MG. Enfermeiro Responsável: Legislação, Orientações e Informações Básicas em Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes; [organização Jose Egidio Paulo de Oliveira, Sergio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. 382 p.

FIGUEIREDO, E. C. E. Implantação do protocolo de organização do serviço de Enfermagem na Unidade Básica de saúde Padre José Jorge Nicolau, Ibituruna, Minas Gerais. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, 2011.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. (Coord.) Tratado Prático de Enfermagem. 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

GEOVANINI, T.; OLIVEIRA, A. G.; PALERMA, T. C. S. Manual de Curativos. São Paulo: Editora Corpus, 2007.

GOIAS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Protocolo de Atenção Primária a Saúde do Estado de Goiás. Goiânia: COREN-Go, 2014. 336p.

INHAPIM. Prefeitura Municipal. Análise Social e Territorial. Secretaria Municipal de Administração e Planejamento, 2011. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção a Saúde do Adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p.

NERI, E. D. R. et al. Protocolos de preparo e administração de medicamentos: pulsoterapia e hospital dia. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Hospital Water Cantidio, 2008.

PIMENTEL, S. N. C. Gerência dos Serviços de Saúde em Atenção Primária Realizada pelo Enfermeiro. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa, 2012.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem: Conceitos, processo e prática. 6 ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006.

PRADO, M. L.; GLBECKE, F. L. Fundamentos de Enfermagem. 2 ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

RIO DE JANEIRO. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. Protocolos de Enfermagem

na atenção primaria a saúde / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral
Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.119p.

RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L; MARQUES, S; FABRÍCIO, S.; ROSSET-CRUZ, I.; LANGE, C.; **Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Contribuição da Enfermagem**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 536-45.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I.; CASTANHEIRA, E. R. L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciênc. Saúde Coletiva. v. 4, p.221-42, 1999.

SILVA, V. E. F. Manuais de enfermagem. São Paulo. Editora Pedagógica e Universitária, p. 59 – 72, 1991.

SILVEIRA FILHO, A. D.. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Boletim do Programa de Saúde da Família, dez. 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. In: Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão, 2002.
WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. Protocolos de Cuidado à saúde e Organização do Serviço. CEABSF. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

ZAMPIER, Vanderléia Soéli de Barros. **Abordagem das DST: Consulta de Enfermagem em Pré-Natal Estratégia Saúde da Família Juiz de Fora.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008, Rio de Janeiro, 2008.